

介護保険福祉用具購入費支給及び給付券発行申請書

フリガナ		保険者番号		1	3	1	2	1	9
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0				
生年月日	明・大・昭 年 月 日生								
住 所	〒 _____ 電話番号 _____								

購入予定の福祉用具 (必ず全項目を記入して下さい)

福祉用具名	購入予定金額	福祉用具名	購入予定金額						
①種目・商品名 製造メーカー( )	円	③種目・商品名 製造メーカー( )	円						
②種目・商品名 製造メーカー( )	円	④種目・商品名 製造メーカー( )	円						
購入理由 (具体的に記入してください) ※複数の福祉用具を購入する場合は、それぞれの機能に関連した理由もお書きください。									
販売事業者 (受領委任事業者)	(区指定)受領委任 事業者番号	1	3	2					
	特定福祉用具販売事業者番号								
	所在地 名称 電話番号								
	購入予定日	年 月 日							
合計額	円	※支給対象額	※保険給付額	※本人負担額					

(提出先) 足立区長

上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給及び給付券の発行を申請します。

別紙見積のとおり、上記事業者で受領委任により福祉用具を購入すること、また変更のある場合は、新たに福祉用具購入費支給及び給付券発行申請を行います。

本申請の記載事項について、誤字、脱字などの軽微な訂正については、区役所職員が行うことに同意します。

年 月 日

(申請者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (自署でない場合は押印必須、ゴム印不可)

本人との関係 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ ( )

介護保険課確認欄

見積書	
パンフレット	
認定期間	
事業所指定	

入力	
登録	
決定	

未納期間
給付制限

年度内既請求額	
前回	年 月
給付	年 月
品目	年 月

注意事項

※この申請書に見積書(販売店の印が押されているもの)及び福祉用具のパンフレット等を必ず添付してください。

※入院(所)中の方は、申請できません。予め購入が必要な方は、事前に介護保険課にご相談ください。