

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

申請年月日 年 月 日

府 中 市 長

次のとおり、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を申請します。

フリガナ			
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		
フリガナ	※申請者氏名、住所及び続柄の欄は、申請者が被保険者以外の場合に記入してください。		
※申請者氏名 □被保険者と同じ	※続 柄		
※住 所	〒		
	電話番号		
福 祉 用 具 名 (種目、商品名及びTAISコード)	製造事業者名及び 販売事業者名	購 入 金 額	購入日 領収書発行日
腰掛便座・入浴補助用具・その他 ()		円	年 月 日
TAISコード			年 月 日
腰掛便座・入浴補助用具・その他 ()		円	年 月 日
TAISコード			年 月 日
腰掛便座・入浴補助用具・その他 ()		円	年 月 日
TAISコード			年 月 日
福祉用具が必要な理由 (購入用具ごとに記載してください。)			

この用紙を持参した人(本人又は申請者以外は、氏名、本人との関係及び連絡先を記入ください。)

<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 介護保険事業者 <input type="checkbox"/> その他	氏 名	本人との関係	連 絡 先
			電話番号

注意 1 この申請書に、領収書（被保険者本人宛てのもの）及び福祉用具のパフレットを添付してください。

2 福祉用具が必要な理由については、個々の用具ごとに記載してください。欄内への記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

市記入欄

確 認 事 項		審査決定額	一部負担金	差引支給額
認定結果	支(1・2)介(1・2・3・4・5)			
負担割合	割	円	円	円
生活保護	有 ・ 無	備考		
給付制限	有 ・ 無			
支給履歴	有 (同種目・別種目) ・ 無	添付書類 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> パフレット <input type="checkbox"/> 口振依頼書 <input type="checkbox"/> 念書(有・無)		
支給残額	<input type="checkbox"/> 90,000円 <input type="checkbox"/> 80,000円 <input type="checkbox"/> 70,000円 <input type="checkbox"/> ()円			