

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書（給付券用）

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号 1 3 1 0 6 0 被保険者番号
生年月日	明・大・昭 年 月 日生
住所	〒 台東区 電話番号
福祉用具名 (種目名・商品名・製造事業者名)	販売事業者名 (介護保険事業者番号)
	購入予定金額 円 年 月 日
	円 年 月 日
	円 年 月 日
福祉用具が 必要な理由	
台東区長 殿 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 また、上記の請求に基づく保険給付費の受領を下記の者に委任します。 年 月 日 申請者 住所 _____ (本人氏名) 氏名 _____ 電話番号 _____ 代筆者 住所 _____ 電話番号 _____ 氏名 _____ 本人との関係： _____	
年 月 日 住所 _____ 電話番号 _____ 受領者 事業所名 _____ 代表者氏名 _____ 印	

別添見積書のとお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 購入費の支給申請を行うことを誓約します。 年 月 日 被保険者氏名
--

- 注意・ 見積書、福祉用具のパフレット等及び特定福祉用具販売計画の写し（利用者の同意を得ているもの）を添付してください。
- ・ 「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記入してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記入してください。
 - ・ この申請における販売事業者は、都道府県から指定を受けた販売事業者に限られます。

区使用欄

課 長	係 長	担当者