

# 居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

泉南市長 様

申請日 令和 年 月 日

|                                                                               |                                            |                   |                                  |         |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------|----------------------------------|---------|--|--|--|--|
| フリガナ<br>被保険者氏名                                                                |                                            |                   | 被保険者番号                           |         |  |  |  |  |
| 住 所                                                                           | 〒 一 泉南市                                    |                   | 電話番号                             |         |  |  |  |  |
| 生 年 月 日                                                                       | 明・大・昭 年 月 日                                |                   |                                  |         |  |  |  |  |
| 福祉用具名<br>(種目及び品目)                                                             | 指定販売事業者名<br>※(事業者番号)<br>製造事業者名             | 購入金額              | 購入日                              |         |  |  |  |  |
|                                                                               | ( )                                        | 円                 | 令和 年 月 日                         |         |  |  |  |  |
|                                                                               | ( )                                        | 円                 | 令和 年 月 日                         |         |  |  |  |  |
|                                                                               | ( )                                        | 円                 | 令和 年 月 日                         |         |  |  |  |  |
| 福祉用具が<br>必要な理由                                                                | 別添「福祉用具サービス計画書」の写しのとおり                     |                   |                                  |         |  |  |  |  |
| 支払方法                                                                          | 1. 給付券方式(給付券第 一 号)<br>2. 償 還 払 ( 口 座 振 替 ) |                   |                                  |         |  |  |  |  |
| 口座振替<br>依 頼 書                                                                 | 銀 行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農 協                 | 本 店<br>支 店<br>出張所 | 種 目<br>1 普通預金<br>2 当座預金<br>3 その他 | 口 座 番 号 |  |  |  |  |
|                                                                               | フリガナ<br>口座名義人                              |                   |                                  |         |  |  |  |  |
| <p>上記のとおり、関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>住 所</p> <p>申請者 氏 名</p> <p>電話番号</p> |                                            |                   |                                  |         |  |  |  |  |

※平成18年4月1日より、大阪府から指定を受けた販売事業者からの購入のみが保険

対象となります。事業者の指定番号を必ず記入してください。

- ・この申請書のほかに、見積書・領収証及びパンフレット等を添付してください。
- ・福祉用具が必要な理由がわかる「福祉用具サービス計画書」の写し（販売事業者から説明をうけ、同意したもの）を添付してください。
- ・申請者氏名については、署名または記名押印してください。

## ◇市処理欄

| 要介護度区分          | 給付制限状況  | 支給限度額内給付済額  | 負担割合 | 担当印 |
|-----------------|---------|-------------|------|-----|
| 支1・支2・1・2・3・4・5 | 無・有( 割) | 無・有(給付残額 円) |      |     |