

居宅介護（予防）福祉用具購入費給付券交付申請書

申請日 令和 年 月 日

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号			
住所	〒 泉南市				電話番号
生年月日	明・大・昭 年 月 日				
福祉用具名 (種目及び品目)	指定販売事業者名	購入予定金額	購入予定日		
		円	令和 年 月 日		
		円	令和 年 月 日		
		円	令和 年 月 日		
給付券の受け取りについては、上記事業者もしくは居宅介護支援専門員に委任します。			はい・いいえ		

泉南市長 様

上記のとおり、関係書類を添えて給付券の交付を申請します。

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

電話番号 _____

<注 意>

- ・この申請書のほかに、介護保険（予防）福祉用具購入費支給申請書、福祉用具サービス計画書の写し、見積書及びパンフレット等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。

※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(給付額残 円)		