

介護保険

被保険者の個人番号（マイナンバー）をお書きください。分からなければ、空欄でかまいません。

購入費支給申請書

フリガナ	○ ○ × ×	保険	2 6 2 0 8 9								
被保険者氏名	○ ○ × ×	被保険者番	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1
生年月日	明・大・昭	〇〇年〇〇月〇〇日生	性別	男・女							
住所	京都府向日市寺戸町中野20										
	電話番号 075-931-1111										
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名		購入金額				購入日				
福祉用具名 ○○○○ (商品名 ○○○○)	製造事業者名 ○○○○ 販売事業者名 ○○○○		○○○○円				○年○月○日				
			円				年 月 日				
	福祉用具名：腰掛便座、入浴補助用具など		円				年 月 日				
福祉用具が 必要な理由											
(宛先) 向日市長	被保険者がどのような状態で、なぜ福祉用具は必要なのか、福祉用具を使用することで、どのような効果が期待できるかを記載してください。										
上記のとおり関係 また、この申請に します。	請します。 業者に委任										
	〇年〇〇月〇〇日										
	住所 京都府向日市寺戸町中野20										
申請者	電話番号 075-931-1111										
	氏名 ○○ ○○ 印										

注意 ・この申請書に、領収書、居宅サービス計画（第2表及び第3表）の写し、介護予防サービス計画（介護予防サービス計画（介護予防福祉用具販売計画）の写し及び「福祉用具が必要な理由」に記載が困難な場合は、支給の上限額を超過し負担となります。

受領委任払の受取人情報を記入してください。
(事業所登録番号の漏れがないように注意してください。)
※受領委任払制度は市への事前登録が必要です。

受取人 (登録事業所)	事業者名 (登録番号)
	住所
	代表者氏名
	電話番号