

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 料	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	1	1
		個 人 番 号	1	1	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 ○○○○		〇 〇 〇 〇 円		〇年〇月〇日								
			円		年 月 日								
			円		年 月 日								
福祉用具が 必要な理由	福祉用具名：腰掛便座、入浴補助用具など												
(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。	申請します。 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 ○○ ○○												

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