

会津若松市介護保険居宅介護福祉用具購入費等給付券交付申請書

NO. _____

年 月 日

会津若松市長

特定(介護予防)福祉用具購入に係る給付券の交付について申請します。

申請者	氏名 (事業所等名)		本人との関係	
	住所 (事業所所在地)	〒 電話番号 ()		
被保険者	被保険者番号		生年月日	年 月 日
	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名		要介護度	要支援() ・ 要介護()
			負担割合	割
住所	〒 電話番号 () 申請日現在入院・入所の有無(有・無) 会津若松市			
販売事業所名 (担当者名氏名)	()	販売金額	円	
購入種目	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> つり具 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ	商品名		
		購入予定日	年 月 日	

※ 商品が確認できるパンフレットと福祉用具サービス計画書の写し等を添付して下さい。

※ 現在、入院・入所中の場合は原則として申請できません。

市使用欄

2号	給付済額	収	