

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

保険者(市)が  
記入します。

NO.

記入例

○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)	〇〇指定居宅介護支援事業所		本人との関係	指定居宅介護支援事業所								
	住所 (事業所所在地)	〒 965-0000 会津若松市栄町99番9号		電話番号	( 22 ) 2222								
被保険者	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	生年月日	昭和 2 年 3 月 4 日
	フリガナ	アイツ タロウ		性別	(男) ・ 女								
	氏名	会津 太郎		介護保険証の記載事項と相違なく記入してください。要介護度	要支援( ) ・ 要介護( 5 )								
	住所	〒 965-9999 電話番号 ( )		負担割合 (申請日現在)	1 割								
販売事業所名 (担当者名氏名)	〇〇福祉販売(株) ( 〇〇 〇〇 )		販売金額	27,300 円									
購入種目	<input checked="" 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 checked="" 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	〇〇ポータブルトイレCP-H 〇〇浴槽手すり U-80									
			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。

あくまで予定日です。

市使用欄

2号	給付済額	収	