

給付券方式

別記第1号様式（第4条関係）

介護保険 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費給付券発行兼支給申請書
（ 年 月分 ）

フリガナ		保険者番号	1 3 1 1 8 5
被保険者氏名		被保険者番号
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	購入金額合計	
要介護度	要支援（1・2）・経過的要介護・要介護（1・2・3・4・5） 認定有効期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日）		円
住所			
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者及び品番等	購入金額(円)	購入日
	-----		年 月 日
	-----		年 月 日
	-----		年 月 日
福祉用具が必要な理由	※該当する□に、✓を記入してください。 <input type="checkbox"/> 福祉用具サービス計画から要約 （裏面の「福祉用具が必要な理由」欄へ、用具ごとに記載してください。） <input type="checkbox"/> 別添 福祉用具サービス計画書（写）のとおり （本人同意を得た計画書（写）を添付してください。）		
福祉用具購入事業所専門相談員氏名		事業所番号	
荒川区長 殿 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費給付券の発行及び購入費の支給を申請します。 ただし、給付券の発行を受けた場合においては、別紙見積書のとおり福祉用具を購入のうえ、完了届出をもって、本申請書により居宅介護等福祉用具購入費の支給申請することとします。また、別紙、見積書と異なる福祉用具を購入する場合は、当該給付券を返還のうえ、新たに居宅介護等福祉用具購入費給付券の発行及び同購入費の支給申請を行うことを誓約します。 なお、上記の申請に基づく保険給付費の請求及び受領に関する権限を下記の事業者に委任するとともに、区からの決定について、当該事業者に連絡することに同意します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 申請者氏名 (本人) _____ ④ 電話 _____			
受領者	年 月 日	住所 事業者名 代表者名	電話 FAX
		④	

代理申請者 (本人申請の場合 は記入不要)	住所	電話	
	氏名	本人との関係	

注意・この申請書に、見積書と福祉用具のパフレット等を添付してください。

別記第1号様式（第4条関係）

・福祉用具サービス計画書（写）を添付した場合は、「福祉用具が必要な理由」の記載は不要です。

福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者及び品番等	購入金額	購入日
	-----		年 月 日
	-----		年 月 日
福祉用具が 必要な理由	<input type="checkbox"/> 福祉用具サービス計画から要約		

(区担当者記入欄)

収 受 印	調 査				決 定	1支給 2不支給	
	見積書	パンフ	理由欄	受付者		被 保 険 者 区 分	1・2
	申請入力	決定入力	決定通知	送付先 有・無	保 険 料 納 付 状 況	滞 納	有・無
						区 分	一般・その他
	支給履歴 有・無	年度内購入額(100%)		年度内保険給付額	今回支給決定額		

送付先：

様方 電話番号：

生活保護：有・無