

ふりがな			保険者番号	2 7 2 0 7 0						
被保険者氏名			被保険者証番号	0	0	0				
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生									
要介護度	要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5									
住所	〒									
	電話番号 ()									
特定福祉用具種目	腰掛便座・自動排泄処理装置の交換可能部品・簡易浴槽 入浴補助用具・リフトつり具部分・排泄予測支援機器			腰掛便座・自動排泄処理装置の交換可能部品・簡易浴槽 入浴補助用具・リフトつり具部分・排泄予測支援機器						
福祉用具商品名										
製造事業者名										
購入日	年 月 日			年 月 日						
費用額	円			円						
福祉用具が必要な理由 (個々の特定福祉用具ごとに記入してください)										
総費用額	円 自己負担額 (円)			利用者負担割合	1割 2割 3割	支払い方法		償還払い 受領委任払い		
販売事業者名				指定事業者番号						

(宛先) 高槻市長

上記のとおり関係資料を添えて、福祉用具購入費の支給を申請します。

令和 年 月 日
(本人) 住所

電話番号 ()

申請者氏名 (印)

なお、次の者を私の代理人と定め、この申請及び請求に関する手続きを委任します。

(代理人) 住所

(事業者) 電話番号 ()

代理人氏名

※注意 ・この申請書に領収証、及び福祉用具のパフレット等を添付してください。

- ・領収証の原本を提出できない場合は、写しでも可能ですが、その場合は必ず原本を持参してください。
- ・以前に支給決定された福祉用具と同一の細種目の商品については、破損もしくは、被保険者の介護の程度が著しく高くなった場合、及びその他特別の事情がある場合が支給の対象です。
- ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。
- ・居宅(介護予防)サービス計画書もしくは、福祉用具サービス計画書を添付することにより、福祉用具を必要とすることが認められるときは、理由欄の記載は不要です。

高槻市記入欄	重複申請	有・無	購入日	H・R / /	支給・不支給	給付率 (9割・8割・7割)	
	有の場合	支給額				給付制限 有・無	円
		種目	腰掛便座・自動排泄処理装置の交換可能部品・簡易浴槽 入浴補助用具・リフトつり具部分・排泄予測支援機器				
	細種目				償還・受領委任		
審査							

