

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	大正・昭和 年 月 日											
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 スロープ・歩行器・歩行補助つえ						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 スロープ・歩行器・歩行補助つえ					
福祉用具商品名												
製造事業者名												
購入日	年 月 日											
費用額	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) ※重複購入の場合は別紙理由書を添付してください(以前の購入日、購入商品名も明記してください)												
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 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、及び福祉用具のパン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 / /	今年度申請額	無・有	
	有の場合	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 スロープ・歩行器・歩行補助つえ		(有の場合)	円	
		細種目			支給限度額	□ 100,000 円 □ 円	
					支給対象額	円	
	給付制限		有・無	生保受給	有・無	給付率	9割・8割・7割
	備考					支給決定額	円
	提出書類確認		□ 領収書コピー □ カタログコピー □ 請求書 + (□ オーダー品:見積書、平面図) □ 押印・返却(領収書) □ 受付押印押 (□ 重複購入:前回商品のカタログ、破損部分の写真)				

受付者