

ふりがな			保険者番号		272070	
被保険者氏名			被保険者証番号		000	
生年月日	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 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		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)						
重複購入理由 (以前の購入日、購入商品名も記入してください)						
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

 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 / /	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 スロープ・歩行器・歩行補助つえ			
		細種目			償還・受領委任	
審査					受付者	
提出書類確認	<input type="checkbox"/> 領収書コピー <input type="checkbox"/> カタログコピー <input type="checkbox"/> 請求書 + (<input type="checkbox"/> オーダー品:見積書・平面図) <input type="checkbox"/> 押印・返却(領収書) <input type="checkbox"/> 受付印押印 (<input type="checkbox"/> 重複購入:破損は写真、状態悪化等はカタログ)					