様式第1号（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申請書

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		介　護　度	支（１・２）・介（1・2・3・4・5）
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生	性　　別	男　・　女
被保険者住所	〒　　－ 電話番号		

種目	商品名	製造事業者名	販売事業者名	購入予定額
				円
				円
				円

購入予定合計額	円	購入予定日	年　　月　　日

添付書類	□　特定福祉用具の購入金額の見積書　□　特定福祉用具パンフレット □　特定福祉用具販売計画書（利用者に同意を得たものの写し）
居宅介護支援事業者 ※いずれかにチェック	□　本申請の被保険者に係る居宅（介護予防）サービス計画は作成されていない。 □　担当の下記介護支援専門員に本申請に係る特定福祉用具販売について連絡済。 （居宅介護支援事業者名）　　（介護支援専門員名）

大野城市長　様

上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の給付券を申請します。別添見積書のとおり特定福祉用具を購入すること、また、変更のある場合は、新たに福祉用具購入費給付券の申請を行うことを誓約します。

また、当該申請に基づく購入費の受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。

年　　月　　日

申請者（被保険者）　住所　　電話番号

氏名　　印

受取人の住所 事業所名 代表者氏名	（住所）〒　　－　　（電話番号） （事業所名）　　（代表者氏名） 印