

見 本

福祉用具購入費給付券

発行日 令和 年 月 日

被 保 険 者 番 号	〇〇〇〇〇〇	発 行 番 号	福□□－□
被 保 険 者 氏 名	御所 太郎		
被 保 険 者 住 所	御所市 1－3		
介護度・認定有効期間	要介護 ○	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	
事 業 者 名	御所市〇〇〇 株式会社〇〇〇〇		
給 付 券 有 効 期 限	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
購 入 価 格	1 0 0，0 0 0 円		
支 給 決 定 額	9 0，0 0 0 円		
被 保 険 者 負 担 額	1 0，0 0 0 円		

種 目	品 目	価 格	支 給 決 定 額
入浴補助用具	シャワーベンチ (□□□□)	50,000円	45,000円
腰掛便座	ポータブルトイレ (□□□□)	50,000円	45,000円

※必ず記入し
てください

事 業 者 納 入 日	年 月 日
被保険者氏名・印	御 所 太 郎 (印)
発 行 者	御所市 1 番地の 3 御所市長 東 川 裕 印
問 い 合 わ せ 先	〒639-2298 奈良県御所市 1 番地の 3 御所市役所 高齢対策課 介護保険認定給付係 電話 (0745) 62-3001 内線454
備 考	本券と引き替えに福祉用具を受領してください。 その際、記載された被保険者負担額を事業者にお支払いください。 (生活保護受給者の場合、限度額の範囲であれば、自己負担はありません) 給付券を不正に使用した場合は、費用の全額、または一部を返還してもらうことがあります。 販売業者、品目および価格等を変更した場合は再度申請を行ってください。