

決裁	所属長	査察指導員	介護担当	担当者

保護変更申請書 (介護扶助 福祉用具購入)

地区	ケースNo.	受理年月日	年 月 日
利用者氏名	性別 男・女	生年月日	年 月 日
住 所			
居宅介護支援事業所		介護開始日	年 月 日
要介護状態区分	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	1号保険者 ・ みなし2号
福祉用具販売事業所	(Tel)		
福祉用具名	金額	支給限度額	10万円(年間4~3月)
過去の給付実績	年 月 日	内容	金額
他法負担の有無	有 (他法)	級	無

申請理由

介護保険 居宅介護 福祉用具購入費(介護扶助費)支給申請

(身体の状態) 居宅介護予防

上記のとおり生活保護法による保護の変更を申請します。

年 月 日

松戸市福祉事務所長 様

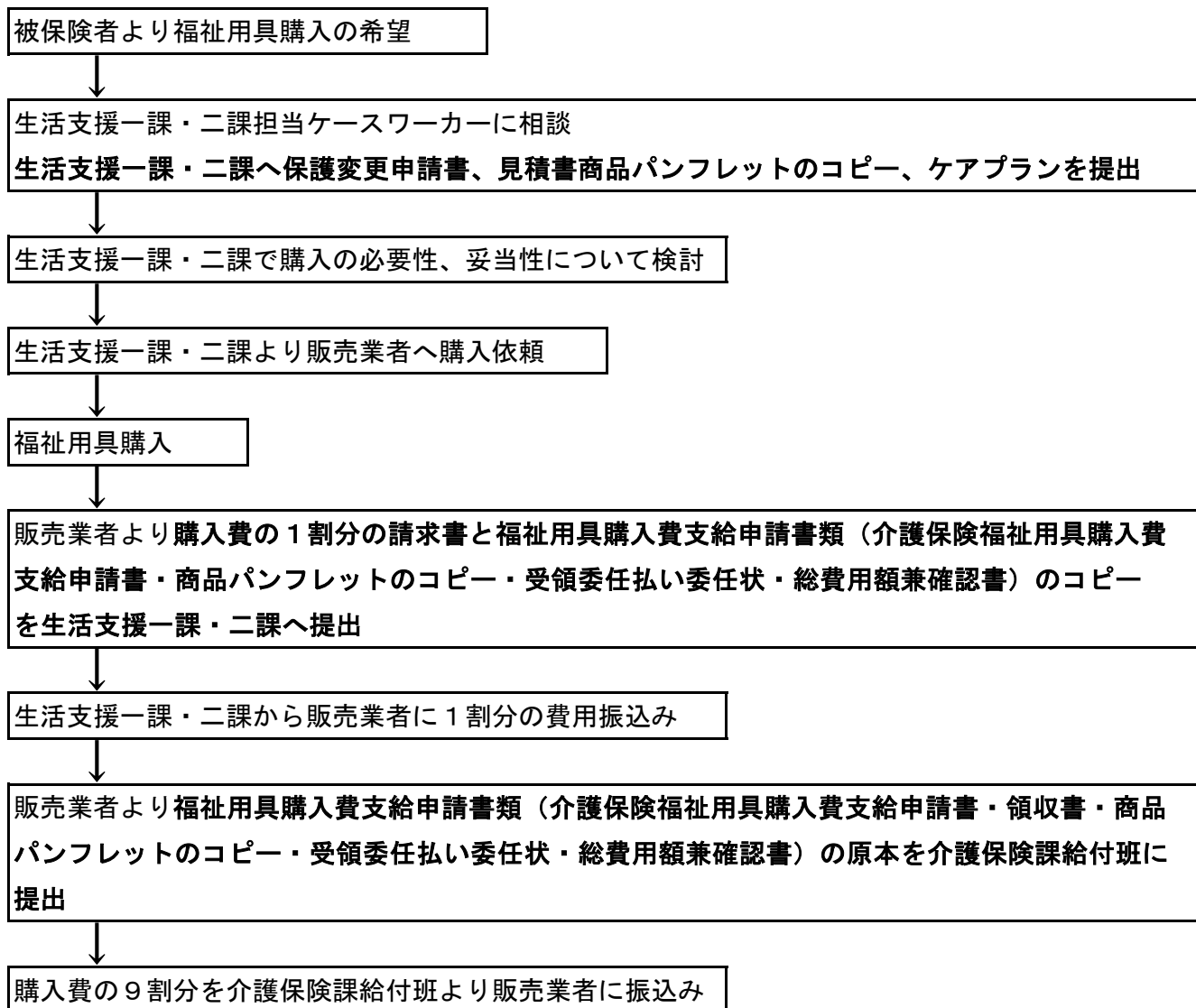
住 所

申請者氏名

印

生活保護受給者の介護保険福祉用具購入の流れ

《65歳以上の対象者の場合》



《40歳以上65歳未満の医療保険非加入者（みなし2号）の場合》

生活支援一課・二課で対応（身体障害者手帳所持者は、障害福祉課の給付が優先されるので利用の可否をご確認ください）