

## 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ	カスカベ タロウ	保険者番号		1	1	2	1	4	4
被保険者氏名	春日部 太郎	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7						
		個人番号							
生年月日	明・大昭 11年1月1日	要介護度等	要支援(要介護)○						
認定有効期間	○○年○月○日～○○年○月○日								
住所	〒344-0067 埼玉県春日部市中央7-2-1							電話番号 048(736)1111	
福祉用具名 (種目名及び商品名)		製造事業者名 販売事業者名	購入金額(10割)		購入日				
入浴補助用具 (折りたたみシャワーベンチ)		△△製造所 ○○福祉販売(株)	25.000円		○○年○月○日				
			円		年月日				
			円		年月日				

福祉用具が必要な理由	左大腿骨骨折で入院。1月10日に退院したが、高齢による下肢筋力の低下もあり、低い位置からの立ち上がりが困難となっている。立ち上がりを補助し、安全に自立した入浴を行うためシャワーベンチが必要である。	
------------	--	--

春日部市長 あて 前のとおり、関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請し		具体的に記入 ※スロープの場合は設置箇所も記載してください	
○○年○月○日 〒344-0067 住所 春日部市中央7-2-1		被保険者氏名を記入してください	
氏名 春日部 太郎		印	電話番号 048(736)1111
代理申請を行う事業所情報	事業所名称 氏名	ゴム印、シャチハタ等は不可 電話 ( )	

受領委任を委託した事業者の口座		印を添付してください。 これは、個々の福祉用具ごとに記載してください。									
口座振込依頼欄	銀 行 春日部 信用金庫 農 協	本 店 庄和 支 店	種 目	口 座 番 号							
	金融機関コード	店舗番号	1 普通 2 当座預金 3 その他( )	1	2	3	4	5	6	7	
	1 2 3 4	5 6 7	○○フクシハンバイ(カ)								
	フリガナ		○○福祉販売株式会社								
	口座名義人										

## 【市記入欄】

資格	□ 1号 □ 2号	給付実績	有・無
認定状況	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	保険料	未(有・無) 滞(有・無)
認定期間	年月日～年月日	備考	