

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	〇〇年 〇月 〇日 ~ 〇〇年 〇月 〇日											
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 〇〇福祉販売（株）		25,000円		〇〇年〇月〇日					
					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 〇〇年 〇月 〇日 〒344-0067 住所 春日部市中央7-2-1 氏名 春日部 太郎 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		電話 ()									

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

被保険者氏名を
記入してください

ゴム印、シャチハタ等は不可

受領委任を委託した事業者の口座
シート等を添付してください。
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		本店		種目		口座番号							
	春日部 信用金庫 農協		庄和		支店		1 普通		1 2 3 4 5 6 7					
	金融機関コード		店舗番号		2 当座預金									
	1 2 3 4		5 6 7		3 その他 ()									
	フリガナ		〇〇フクシハンバイ (カ)											
口座名義人		〇〇福祉販売株式会社												

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		