

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	11234567				
被保険者氏名	春日部 太郎	被保険者番号	0001234567				
		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	25,000円	〇〇年〇月〇日				
	〇〇福祉販売(株)						
		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 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

被保険者本人の口座（本人以外の場合は委任状が必要です）

口座振込 依頼欄	春日部 銀行	本店	種目	口座番号			
	信用金庫	庄和	1 普通 2 当座預金 3 その他 ()	1 6 5 4 3 2 1			
	農協	支店					
	金融機関コード	店舗番号					
	1 2 3 4	5 6 7					
フリガナ	カスカベ タロウ						
口座名義人	春日部 太郎						

【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	