

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 ハジメ		被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
被保険者氏名	春日部 一		個人番号	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
生年月日	明・大・ <b>昭</b>	11年	1月	11日	性別	<b>男</b> ・女							
住所	〒344-0067 埼玉県春日部市中央6-2												
福祉用具名 (種目及び商品名)	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								
合計			円										

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。

具体的に記入

春日部市長あて  
上記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ます。  
○○年 ○月 ○日

住所 春日部市中央6-2

申請者 氏名 春日部 一 **印** 電話番号 048(736)1111

被保険者氏名を記入してください

受領委任を受託した事業者の口座

入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	春日部 信用金庫	本店	種目	口座番号						
	金融機関コード	支店 出張所	①普通預金 ②当座預金 ③その他	1	2	3	4	5	6	7
	1 2 3 4	店舗コード								
	フリガナ	○○フクシハンバイ(カ)								
	口座名義人	○○福祉販売株式会社								

提出代行者

事業所名 氏名		電話番号	( )
------------	--	------	-----

【市記入欄】

資格	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 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	