

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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
生年月日	明・大・ 昭	11年	1月	11日	性別	男 ・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

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	柏壁	支店	①普通預金 ②当座預金 ③その他	7	6	5	4	3	2	1		
		信用組合	出張所											
	金融機関コード	店舗コード												
	1	2	3	4	0	0	1							
	フリガナ		カスカベ ハジメ											
	口座名義人		春日部 一											

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	