

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		購入金額(10割)		購入日							
	販売事業者名											
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します。 〇〇年 〇月 〇日 住所 〒344-0067 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

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

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	支店										
	金融機関コード	店舗番号		1 普通	1 2 3 4 5 6 7								
	1 2 3 4	5 6 7	2 当座預金										
	フリガナ	〇〇フクシハンプイ(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	