

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		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

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							
	春日部 信用金庫		庄和		支店		1 普通		7 6 5 4 3 2 1					
	金融機関コード		店舗番号		2 当座預金									
	フリガナ		カスカベ タロウ		3 その他 ()									
	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		