

茅ヶ崎市介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

※太枠内のみ記入してください。

整理番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

年 月 日														
(あて先)茅ヶ崎市長														
申請者(被保険者) <span style="border: 1px dashed red; padding: 2px;">必ず押印してください。 認印可。</span> 印														

次のとおり、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。

被 保 険 者	被保険者番号	* * 0 0 0 9 9 9 9 9 9 9	保険者番号	1 4 2 0 7 5	
	個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	生年月日	大・ <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">昭</span> 〇年 〇月 〇日	
	フリガナ	チガサキ ハナ			
	氏名	茅ヶ崎 はな			
	住所	〒253-〇〇〇〇 茅ヶ崎市 茅ヶ崎〇丁目〇番地〇		電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	
購入日	〇年 〇月 〇日			年 月 日	
福祉用具の種類	腰掛便座				
商品名	ポータブルトイレ				
製造事業者	〇〇工業(株)				
販売事業者	(株)〇〇〇				
指定事業所番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0				
購入金額	12,600円				
福祉用具が必要な理由	歩行が不安定で転倒の危険性があり、トイレまでの移動が困難なため。			・その用具が必要な理由 ・必要な状態を確認した日付 ・購入後の使用状況を確認した日付 原則ケアマネジャーが記入してください。 ケアマネジャーがいない場合は、福祉用具専門員が記載して下さい。 (届出の有無は問いません)	
使用状況確認日	〇〇年 〇月 〇日現在				
理由欄記載者	事業所名	〇〇ケアサービス			
	氏名	湘南 花子		連絡先	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

※市役所確認欄

要介護認定	申請中(新規・区変・更新)										□生保受給	
	要支援 1 2					要介護 1 2 3 4 5					受付欄	
給付対象額						円	支給実績等					
支給額						円	□あり □なし					
自己負担額(割)						円						