

福祉用具購入費支給申請書

フリガナ	オタル イチロウ	申請年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
被保険者氏名	小樽 一郎	被保険者番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
生年月日	明・大(昭) 〇年 〇月 〇日	性別	(男) ・ 女
住所	〒047-0024 小樽市花園2丁目12番1号 電話番号 0134-32-4111		
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日
浴槽手すり (グリップ付き)	〇〇〇〇	10,500 円	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
ポータブルトイレSP	〇〇〇〇	62,600 円	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
		円	令和 年 月 日
福祉用具が 必要な理由 (用具ごとに身体 状況及び期待でき る効果を記載)	脳梗塞後遺症で右上下肢に麻痺があり、入浴時に転倒の恐れがある。 入浴時、浴槽への出入りや立ち上がりが楽にできるように、浴槽手すりを必要とする。 歩行が不安定でトイレに行くのが困難なため、ポータブルトイレを必要とする。		
小樽市長 様 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。 申請者 住所 小樽市花園2丁目12番1号 電話番号 0134-32-4111 氏名 小樽 一郎 (印)			

口座振込	〇〇 銀行 信用金庫 信用組合	〇〇 本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	①普通預金 2当座預金 3その他	〇〇〇〇〇〇〇〇〇
依頼欄	〇〇〇	〇〇〇		
	フリガナ 口座名義人	オタル イチロウ 小樽 一郎		