

福祉用具購入費支給申請書

受領委任払い

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
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			
浴槽内いす	〇〇〇〇/〇〇〇〇	〇〇,〇〇〇円	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
ポータブルトイレ	〇〇〇〇/〇〇〇〇	〇〇,〇〇〇円	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)	浴槽内いす・・・脳梗塞後遺症で右上下肢にマヒがあり、入浴のため浴槽をまたぐ際 にふらつき、転倒の危険性がある。浴槽内いすを使用することにより、またぐ高さ が低くなることから安全に入浴することができるようになる。 ポータブルトイレ・・・歩行状態が不安定なため、夜間に自力でトイレに行くことが困難で ある。ポータブルトイレを使用することにより、夜間でも安全に排尿・排便が行える。					
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 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	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	
	フリガナ 口座名義人			