

# 介護保険(介護予防)特定福祉用具購入・住宅改修工事履歴確認申請書

【  特定福祉用具購入履歴 ・  住宅改修工事履歴 】

\* 該当箇所には☑を記入してください。

尼崎市長 あて

申請者 (受任者)	氏名 (事業所名)	申請年月日	令和 年 月 日
	住所	被保険者との関係	
		電話番号	- -

\* 申請者が被保険者ご本人の場合、住所、電話番号は記載不要

上記受任者に対し、表題☑項目における私の履歴開示について委任します。\*注意事項

令和 年 月 日

被保険者 (委任者)	被保険者番号	1 0 0							
	氏名								
	住所	尼崎市							
		電話番号	- -						

■ 尼崎市記入欄(記入しないでください)

## 特定福祉用具購入履歴

種目	商品名	購入日	購入額(税込)
入浴補助用具		<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	円
		<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	円
		<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	円
		<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	円
腰掛便座		<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	円
		<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	円
<input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフト吊り具 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品		<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	円

## 住宅改修工事履歴

対象年月	改修事業者名	保険対象金額	介護認定	現住転居有無
<input type="checkbox"/> 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 令和 年 月		円	<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 令和 年 月		円	<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 令和 年 月		円	<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無

令和 年 月 日  
上記☑履歴開示を行います。

課長	係長	係員

●身分確認事項  
事業者の場合  
事業者を証明するもの  
本人身分確認等  
本人身分確認  
個・免・バ・手帳  
保・年・診・キャ・クレ  
通帳・( )

受領署名

\* 注意事項  
代理人(受任者)は委任者の意思に基づかず、同委任状を使用し  
権利行使を行った場合、刑法第159条「私文書偽造罪」に関われ  
1年以下の懲役または10万円以下の罰金に処されます。