|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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☑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 | | 被保険者  との関係 |  | | 住所 | 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    **＊注意事項**  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。   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 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 | 購入年月日 | | 購入金額（税込） | | 入浴補助用具 |  | □平成  □令和 | 年　 月　 日 | 円 | |  | □平成  □令和 | 年　 月　 日 | 円 | |  | □平成  □令和 | 年　 月　 日 | 円 | |  | □平成  □令和 | 年　 月　 日 | 円 | | 腰掛便座 |  | □平成  □令和 | 年　 月　 日 | 円 | |  | □平成  □令和 | 年　 月　 日 | 円 | | □簡易浴槽  □移動用ﾘﾌﾄ吊り具  □自動排泄処理装置の交換可能部  □排泄予測支援機器 |  | □平成  □令和 | 年　 月　 日 | 円 |   □ 住宅改修工事履歴   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 対象年月 | | 介護認定 | | 保険対象金額 | 現住転居有無 | 改修事業者名 | | □平成  □令和 | 年　　月 | □要介護  □要支援 |  | 円 | □有/□無 |  | | □平成  □令和 | 年　　月 | □要介護  □要支援 |  | 円 | □有/□無 |  | | □平成  □令和 | 年　　月 | □要介護  □要支援 |  | 円 | □有/□無 |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　 年　　 月　 　 日  上記☑履歴開示を行います。 | | | ●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・パ・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」に問われ１年以下の懲役または１０万円以下の罰金に処されます。** |
| 課 長 | 係 長 | 係 員 |
|  |  |  |