|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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) | （株）介護あまがさき | 申請年月日 | 令和　　 年　　 月　　 日 |
| 被保険者との関係 | 施工業者（販売事業所等） |
| 住所 | 尼崎市東七松町1丁目２３－１電話番号 　06 - 6489 –　6350 |

＊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。 被保険者ご自身の署名をお願いします。自筆困難な場合、代筆は可能ですが下記＊注意事項の誓約を同意願います。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者（委任者） | 被保険者番号 | 1 | 0 | 0 | ● | ● | ● | １ | 2 | 3 | 4 |
| 氏名 | 尼　崎　太　郎 |
| 住所 | 尼崎市東七松町1丁目23-1-301電話番号 - - |

 |

**※受付印押印後、申請書の写しを渡す（原紙と印書は ✖）**

**見本**

■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 | 尼崎市側記入欄 | □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品□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 | 改修金額 | 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 | 　立花 花子 (ケアマネ等)**＊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 |
|  |  |  |