

# 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。

受付印

奈良市長 へ

申請者 (受任者)	氏名	申請年月日	令和 年 月 日
	(事業所名)	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

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

被保険者 (委任者)	被保険者番号	0 0 0							
	氏名								
	住所	奈良市		電話番号 - -					

住宅改修工事履歴の開示申請をされる方が下記内容に該当する場合、☑を記入してください。

- 奈良市内での転居をしたことがある。(転居日:平成・令和 年 月 日)  
 前回工事をした時と比べて、要介護状態区分が3段階以上上がった。

■奈良市記入欄(記入しないでください)

## 特定福祉用具購入履歴

種目	品名	領収年月日	購入金額(税込)
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
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"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフト吊り具 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ		<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	介護認定	保険対象金額	現住転居有無	リセット
<input type="checkbox"/> 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 令和 年 月	<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援	円	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 介護の必要の程度の段階 <input type="checkbox"/> 転居
<input type="checkbox"/> 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 令和 年 月	<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援	円	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 介護の必要の程度の段階 <input type="checkbox"/> 転居
<input type="checkbox"/> 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 令和 年 月	<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援	円	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 介護の必要の程度の段階 <input type="checkbox"/> 転居
<input type="checkbox"/> 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 令和 年 月	<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援	円	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 介護の必要の程度の段階 <input type="checkbox"/> 転居

残額 円

令和 年 月 日

上記☑履歴開示を行います。

課長	係長	係員	受付者

### ●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・身障手  
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。