|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。　奈良市長　あて

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　**＊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 | 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 |  | □平成□令和 | 　年　 月　 日 | 円 |
|  | □平成□令和 | 　年　 月　 日 | 円 |
| 入浴補助用具 |  | □平成□令和 | 　年　 月　 日 | 円 |
|  | □平成□令和 | 　年　 月　 日 | 円 |
| □自動排泄処理装置の交換可能部品□排泄予測支援機器　　□簡易浴槽□移動用ﾘﾌﾄ吊り具　　　□スロープ□歩行器　　　　　　　　　□歩行補助つえ |  | □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 | リセット |
| □平成□令和 | 年　　月 | □要介護□要支援 |  | 円 | □有/□無 | □介護の必要の程度の段階　□転居 |
| □平成□令和 | 年　　月 | □要介護□要支援 |  | 円 | □有/□無 | □介護の必要の程度の段階　□転居 |
| □平成□令和 | 年　　月 | □要介護□要支援 |  | 円 | □有/□無 | □介護の必要の程度の段階　□転居 |
| □平成□令和 | 年　　月 | □要介護□要支援 |  | 円 | □有/□無 | □介護の必要の程度の段階　□転居 |

|  |  |
| --- | --- |
| 残額 | 円 |

 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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・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。** |
| 課 長 | 係 長 | 係 員 | 受付者 |
|  |  |  |  |