

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保険者番号	0 8 2 2 0 6	
被保険者 氏名			被保険者番号		
			個人番号		
生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別	男・女	
住所	〒				
	電話番号 ()				
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 販売事業者名	購入金額	購入日		
()		円	年 月 日		
()		円	年 月 日		
()		円	年 月 日		
事業所名 (事業所番号)			福祉用具専門相談員	印	
福祉用具が 必要な理由					
つくば市長 宛て 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 住所 〒 申請者 氏名 印 電話番号 ()					

- 注意 1 この申請書の他に、領収書(原本)及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。
 2 「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。
 3 都道府県等から指定を受けた特定福祉用具販売事業所で購入された特定福祉用具のみが対象です。

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を以下の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 支所 出張所	種目	口座番号		
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金			
			2 当座預金			
			3 その他			
フリガナ						
口座名義人						

受付	番号確認	身元確認	代理権の確認	代理人の身元確認
	<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住基ネット <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> 番号カード	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> ケアマネ証 <input type="checkbox"/> ()

記入例

様式第29号(第28条関係)

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ	ツクバ タロウ	保険者番号	0 8 2 2 0 6
被保険者 氏名	筑波 太郎	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
		個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
生年月日	明(大)・昭 11 年 12 月 12 日	性別	(男)・女
住所	〒 305-8555 つくば市研究学園一丁目1番地1	電話番号 029 (883) 1111	

福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 販売事業者名	購入金額	購入日
入浴補助用具 (シャワーチェアTKB)	〇〇製作所 ××ケアサービス	15,000 円	〇〇年 1 月 1 日
都道府県等の指定を受けている事業所で 購入する必要があります。		福祉用具専門相談員による 確認が必要です。	

事業所名 (事業所番号)	××ケアサービス	福祉用具専門 相談員	役所 一郎 (印)
-----------------	----------	---------------	-----------

福祉用具が 必要な理由	足に麻痺があるため、立位保持ができず、立ち座りも不安定。 入浴時に座って身体を洗うために必要である。
----------------	---

つくば市長 宛て
上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。

年 1 月 5 日
住所 〒305-8555 つくば市研究学園一丁目1番地1

申請者
氏名 筑波 太郎 (印) 電話番号 029 (883) 1111

- 注意 1 この申請書の他に、領収書(原本)及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
2 「福祉用具が必要な理由」については、生活が困難な場合は、裏面に記載してください。
3 都道府県等から指定を受けた特定福祉用具です。
- 被保険者以外の方の口座を指定する場合には、
委任状が必要です。

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を以下の口座に振り込めたい。

口座振込 依頼欄	銀行 △△ 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 □□ 支店 支所 出張所	口座番号							
	金融機関コード	店舗コード	通預金	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	ツクバ タロウ	当座預金							
	口座名義人	筑波 太郎	その他							

受付	番号確認	身元確認	代理権の確認	代理人の身元確認
	<input type="checkbox"/> 番号カード	<input type="checkbox"/> 番号カード	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本	<input type="checkbox"/> 番号カード
	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 運転免許証
	<input type="checkbox"/> 住基ネット	<input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 手帳	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> ケアマネ証
	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 番号カード	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()

委任状

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請及び給付金の受領に関する権限を_____（続柄：_____）に委任します。

_____年 月 日

住所

電話番号

被保険者氏名

印