

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	保険者番号										
被保険者 氏名	被保険者番号										
	個人番号										
生年月日	年 月 日										
住 所	〒										
	電話番号 ( )										
福祉用具の種目 商品名及びT A I Sコード	製造事業者名 販売事業者名	購入金額			購 入 日						
		円			年 月 日						
		円			年 月 日						
福祉用具が 必要な理由											
申請者の氏名 (提出代行者)				被保険者との関係							
事業所の名称				事業所の種別							
住 所	〒										
	電話番号 ( )										
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											

注意

- この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
- 「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。なお、居宅サービス計画又は特定福祉用具販売計画の添付により特定福祉用具が必要であると認められるときは、当該理由の記載は不要です。
- 都道府県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。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (口座情報の記入は不要です。)											
	※被保険者本人の公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。											
口座振込 依頼欄	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する (以下の口座に居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費を振り込みます。)											
	金融機関	支 店			種 目		口 座 番 号					
	金融機関コード	店舗コード			1 普通 2 当座 3 その他							
	フリガナ 口座名義人											