

様式第 29 号 (第 25 条関係)

介護保険居宅介護 (支援) 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		明・大・昭 年 月 日生		性別		男 ・ 女					
住所	〒													
		電話番号												
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 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									
福祉用具が 必要な理由														
<p>常陸大宮市長 様</p> <p>介護保険法施行規則第71条第1項・第90条第1項の規定に基づき上記のとおり関係書類を添えて居宅介護 (支援) 福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 電話番号 印</p>														

注意・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。

- ・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、別紙に記載して下さい。

居宅介護 (支援) 福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所 支所	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										

委任状

私は、
を代理人と定め、次の権限を委任する。

年 月 日申請した福祉用具購入の受領に関すること。

被保険者の住所

氏名

印

代理人の住所

氏名

印

福祉用具購入理由書

被保険者氏名		生年月日	年 月 日
被保険者番号		要介護度	支援1・2 介護1・2・3・4・5
住所	常陸大宮市	電話番号	

福祉用具の購入を必要とする理由

提出日

年 月 日

事業所名

居宅介護支援専門員

電話番号