

様式第29号(第27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	0	8	2	1	5	6					
被保険者氏名		被保険者番号											
		個人番号											
生年月日	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	令和	年	月	日							
		円	令和	年	月	日							
		円	令和	年	月	日							
福祉用具が 必要な理由													
<p>(あて先)北茨城市長</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名 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。

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記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	本店 支店 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											