

第52号様式

(表)

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 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																			
住 所	〒 電話番号																			
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び指定 居宅サービス（販売） 事業者名		購 入 金 額	購 入 日																
	事業者番号 ()		円	年 月 日																
	事業者番号 ()		円	年 月 日																
	事業者番号 ()		円	年 月 日																
福祉用具が 必要な理由																				
鎌ヶ谷市長 様 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 申請者 住 所 電話番号 氏 名 印																				

注意・この申請書に、領収証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。

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。
 なお、口座名義人が被保険者以外の場合は、裏面にある委任状を記載してください。

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																				

(裏)

福祉用具が必要な理由（表面のつづき）

委 任 状

代 理 人 住 所
 氏 名
 電話番号

上記の者を代理人と定め、介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

委 任 者 住 所
(被保険者) 氏 名

㊟