

第14号様式(第16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 被保険者氏名		保険者番号		2	3	2	3	3	0
		被保険者番号							
生年月日	年 月 日生	個人番号							
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	※身体状況と結びつけて、その用具が必要な理由を具体的に記載してください。 ※貸与・販売の選択制の対象品目については、選択した理由も記載してください。 ※必ず市ホームページ内「住宅改修費・特定福祉用具購入費」に記載の注意事項及び 「福祉用具・住宅改修に関する考え方(Q&A集)」を確認し、少しでもイレギュラー なケースだと思われる場合は、高齢福祉課に事前相談を行ってください。 ※温水洗浄機能付きの腰掛け便座など、高価なものについては、身体状況により特段 必要と認められる場合のみ、市に事前相談を行った上で対象としていますので、ご注 意ください。								
清須市長 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 住所 申請者 氏名 電話番号 (自署の場合、押印不要)									

注意・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具購入費の領収書が添付されています。
※必ず自署又は押印してください。
・「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(支援)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行	支店	種 目	口座番号
	※固定用スロープの購入の場合は、適切な設置場所、個数であることを 確認するため、通常の添付書類に加えて、設置箇所を示した写真(日付 不要)を添付してください。			
	フリガナ			
	口座名義人			