別記第14号様式(第8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		個人番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	介護度	要支援 1 2　　要介護 1 2 3 4 5
提出(代行)者	〒　　住所 電話番号 氏名		
指定事業者名 (販売店)		事業者番号	

福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名	購入金額 (税込)	購入日
種目 品名		円	年　月　日
種目 品名		円	年　月　日
種目 品名		円	年　月　日
合　計		円	

購入が必要な理由(用具ごとに記載ください。)

欄が不足の場合は、裏面の余白に記入してください。

豊島区長

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

＊申請者と口座名義人が相違する場合記入

福祉用具購入費の受領を［続柄：　　氏名　　］に委任します。

氏名　　㊞

振込先		銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店	
	普通・当座	口座番号		
	フリガナ			
	口座名義人			

支払額	
自己負担額	
差引支給額	
備　考	

受付		入力		確認	

ご注意　＊太線内を記入してください。

※　この申請書に、請求書(区所定様式)、委任状(区所定様式)、領収書(利用者氏名・品名・領収金額・領収日・複数品の場合はその内訳を記載・レシートは不可)、購入した福祉用具のパンフレット(購入品の価格が記載されているもの・特注すのこの場合は設置後の写真、平面図も必要)、販売価格のわかるもの(納品書・見積書等)を添付してください。

※　福祉用具購入費に対する保険給付は種目ごとに原則1回のみです。身体状況の変化や福祉用具の破損・故障等により同一種目の再給付を希望する場合は、破損用具の破棄や新規購入前に必ず介護保険課へご相談ください。