介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給事前申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | | | | 要介護度等 | | | |  | | | | | | | |
| 認定有効期間 | | | ～ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  （種目名及び商品名） | | | | 特定福祉用具販売  事業者指定番号 | | 製造事業者名及び  販売事業者名 | | | | | 購入予定金額 | | | | 購入予定日 | | | |
| （TAISコード　　　　　　　　　　　） | | | |  | |  | | | | | 円 | | | | 年 　月 　日 | | | |
| （TAISコード　　　　　　　　　　　） | | | |  | |  | | | | | 円 | | | | 年 　月　 日 | | | |
| （TAISコード　　　　　　　　　　　） | | | |  | |  | | | | | 円 | | | | 年 　月 　日 | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 川南町長　様  　前のとおり、関係書類を添えて居宅介護（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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との関係 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代理申請を行う事業所情報 | | 事業所名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所種別 | | |  | | | | | | | | | | | | | |

　注意　・この申請書の裏面に領収書、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、各々の福祉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。