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。