

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費事前承認申請書兼承認通知書

受領委任払い用

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号		3	0	3	4	3	8				
			被保険者番号		3	4	3	0	0	0				
			個人番号											
生 年 月 日		年 月 日生			性別		男 ・ 女							
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 (販売事業者名)		購 入 予 定 金 額				購 入 予 定 日						
								年 月 日						
								年 月 日						
								年 月 日						
合計金額		円		給付対象購入 予定額		円		利用者負担 予定額		円				
福祉用具が必要な理由														
九度山町長 様														
上記のとおり、受領委任払いにて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を受けたいので関係書類を添えて申請します。														
年 月 日														
申請者 住所 電話番号														
氏名														

注意 ・ この申請書に、受領委任払い同意書、見積書及び福祉用具のパンフレット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下さい。
- ・ 福祉用具販売事業者指定を受けている事業者で購入しなければ介護保険対象となりません。