

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										
泉南市長 様 前のお通り、関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入承認（不承認）通知書の交付を申請します。 年 月 日 千 住所 申請者 氏名 電話番号										

台帳番号	
------	--

- 注意
- ・この申請書に添えて、見積書、福祉用具のパンフレット、福祉用具購入費支給申請書を添付してください。
 - ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の福祉用具ごとに記載してください。
 - ・福祉用具サービス計画書の写しを添付してください。
 - ・申請者氏名については、署名又は記名押印してください。

保険者確認欄

要介護度区分	給付制限	負担割合	支給限度額内給付済額	担当者
支1・支2 介1・介2・介3・介4・介5	無・有 (割)		無・有（残額 円）	