

介護保険 居宅介護・介護予防 特定福祉用具購入費受領委任払事前承認申請書

フリガナ		保険者番号		0	6	3	2	3	0
被保険者氏名		被保険者証番号							
生 年 月 日	年 月 日		性 別	男 ・ 女					
要介護区分等 認 定 期 間	☐ 要支援（１・２） ☐ 要介護（１・２・３・４・５） （ 年 月 日～ 年 月 日）								
福祉用具 （種目名及び商品名）	製造事業者名及び 販売事業者名	購入予定金額	福祉用具が必要な理由						
		購入予定日							
		円							
		年 月 日							
		円							
		年 月 日							
		円							
		年 月 日							
購入予定金額合計		円							
介護支援専門員等 所属 氏名									
朝日町長 殿 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入事前確認申請書を申請します。 年 月 日 住 所 申請者 電話番号 （被保険者）氏 名									
事業者 （受取人）	住 所 事業者名 代表者名	登録番号 電話番号							

<注意>・この申請書に、購入したい福祉用具のパンフレット等を添付してください。
・対象となる福祉用具を複数購入したい場合は、「福祉用具が必要な理由書」についても個々の用具ごとに記載してください。

処 理 欄	添付書類確認	☐ パンフレット等 ☐ 福祉用具購入が必要な理由書 ☐ その他確認物（ ）	
	備 考	収 受 年 月 日	

決 裁	課長	課長補佐	係長	係 員	決定書執行 年 月 日