　様式第４号

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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録番号  事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  代表者名 | | | | | | | | | | | | | | | | |

＜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 |
|  |  |  |  |  |