

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

フリガナ		保険者番号		3	0	2	0	4	2
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	年	月	日	支払方法 (予定)	償還 ・ 受領委任				
住所	〒 電話番号								
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造業者名	販売予定事業者名	購入予定金額						
			円						
			円						
			円						

福祉用具が 必要な理由	
----------------	--

有田市長 様

上記のとおり、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

住所

申請者 電話番号

氏名

- 注意
- この申請書、福祉用具のパンフレット等、見積書及び(受領委任払いを利用の場合は)受領委任払い同意書を添付して下さい。
 - 「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。
 - 償還払は原則現金支払いには対応しておりません。支給申請の際に指定する口座に振込いたします。

有田市確認欄

滞納	有・無	生活保護	有・無	負担割合		実績		介護度	
----	-----	------	-----	------	--	----	--	-----	--

課長	係長	担当

受付

居宅介護支援専門員氏名	
-------------	--