

様式第3号(第6条関係)

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 受領委任払い用

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	性別	男 ・ 女					
住所	〒								
	電話番号								
購入予定日	年 月 日								
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						
			円						
福祉用具が 必要な理由									
<p>有田市長 様</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p>									

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。

有田市確認欄

滞納		実績		介護度	
----	--	----	--	-----	--