

介護保険居宅介護(支援) 福祉用具購入事前申請書

フリガナ		保険者番号	363689			
被保険者氏名		被保険者番号				
		個人番号				
生年月日	M・T・S 年 月 日生	性別	男 ・ 女			
住 所	〒771- 那賀町 電話 0884- -					
福祉用具名 (種目名及び商品名)	販売事業者名	購入見積額	購入予定日			
		円	令和	年	月 日	
		円	令和	年	月 日	
		円	令和	年	月 日	
<p>那 賀 町 長 殿</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護(支援)福祉用具購入費支給の事前申請をします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(住 所)</p> <p>申 請 者 (氏 名) (本人でない場合は続柄も記入)</p> <p>(電話番号)</p>						

(備考) この申請書に、福祉用具が必要と認められる理由を記載した所見書、福祉用具のパンフレット等概要がわかる書類及び福祉用具の見積書を添付してください。

※那賀町記入欄

被保険者の状況	要支援/要支援1 ・ 要支援2/要介護1 ・ 要介護(2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)				
内容確認	<input type="checkbox"/> 事前申請書 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入の必要性に係る所見書 <input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> 販売事業所の指定				
	保険給付	<input type="checkbox"/> 適当 <input type="checkbox"/> 不適當			
	確認日	令和 年 月 日			
	事前教示方法	<input type="checkbox"/> 被保険者(口頭・書面) <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> ()支所 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> その他()			