

介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費事前申込書

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号							
		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住 所	〒 電話番号								
要介護度		有効期間							
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入(見積り)金額		購入予定日					
	製造 販売	円		年 月 日					
	製造 販売	円		年 月 日					
	製造 販売	円		年 月 日					
福祉用具が 必要な理由									
居宅介護支援事業所名		介護支援専門員氏名							
		☎電話番号							
富士川町長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)福祉用具購入費の支給を申し込みます。 年 月 日 住 所 申 込 者 (被保険者) 氏 名 電話番号 印									

・添付書類

☐ 見積書

☐ 購入希望の福祉用具のパンフレット(コピー可)

☐ 福祉用具が必要である理由の分かるもの

(申請書への記載、理由書(参考様式)、居宅サービス計画書第2表のいずれか)