

介護保険居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費支給事前申請書

フリガナ	トス タロウ	保険者番号	記入例 4 1 2 0 3 1									
被保険者氏名	鳥栖 太郎	被保険者番号	0	9	0	1	1	1	1	1	1	1
		個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

生年月日	昭和10年1月1日	要介護度等	介護2
認定有効期間	令和5年4月1日 ~ 令和7年3月31日		

住所	鳥栖市本町3丁目1494-1	電話番号	0942-81-3317
----	----------------	------	--------------

福祉用具名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売 事業者指定番号	製造事業者名及び 販売事業者名	購入予定金額	購入予定日
シャワーチェアAirコンパ クトSPワンタッチ (TAISコード 00980-000434)	4112345678	(株)〇〇〇〇 △△△△△△(株)	29,040円	令和〇年〇月〇日
(TAISコード)			円	予定日を記載
(TAISコード)			円	年 月 日

福祉用具が必要な理由

体や介護の状況を含め、用具を必要とする理由を記載

鳥栖地区広域市町村圏組合管理者 様

上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護 (予防) 福祉用具購入費の支給を申請します。

令和〇年 〇 月 〇 日

〒841-0037

住所 鳥栖市本町3丁目1494-1

申請者 氏名 鳥栖 太郎

原則被保険者本人又はサービス計画作成者

電話番号 0942-81-3317

被保険者との関係 本人

代理申請を行う 事業所情報	事業所名称	サービス計画を作成した居宅介護支援事業所等が申請場合に記入
	事業所種別	

必要添付書類

居宅サービス計画 ※居宅サービス計画がある場合

福祉用具サービス計画 ※居宅サービス計画がない場合

購入する福祉用具のカタログ 見積書

保険者記載欄	負担割合	割	滞納保険料	有・無	同一種目	有・無	給付対象額	円
	担当者	係			係長	課長補佐	課長	