

年 月 日

鳥栖地区広域市町村圏組合管理者 様

申請者 住 所
(被保険者) 氏 名
電話番号

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費事前申請書

鳥栖地区広域市町村圏組合介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給規則第2条の規定により、関係書類を添えて次のとおり事前申請します。

ふりがな		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女						
住 所	〒 ー								
福祉用具名 (種目名及び商品名)	販売事業所(事業所番号)名・製造事業者名			購入予定金額	購入予定日				
	販売事業所名			円					
	販売事業所番号								
	製造事業者名								
	販売事業所名			円					
	販売事業所番号								
	製造事業者名								
	販売事業所名			円					
	販売事業所番号								
	製造事業者名								
福祉用具が 必要な理由									
理由記載者	事業所名	氏 名	資 格	電 話 番 号					

備 考

- 1 居宅サービス計画がある場合は、居宅サービス計画を添付してください。この場合、上記の「福祉用具が必要な理由」を記載する必要はありません。また、居宅サービス計画がない場合は、福祉用具サービス計画を添付してください。
- 2 購入する福祉用具のパンフレット及び見積書を添付してください。