

## 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入内容変更（中止）申請書

フリガナ			保険者番号									
被保険者氏名			被保険者番号									
			個人番号									
生年月日			要介護度等									
認定有効期間	～											
住所												電話番号
鳥栖地区広域市町村圏組合管理者様 年 月 日付け鳥広介福第 号で確認された福祉用具の購入について、内容を（変更・中止）したいので、下記のとおり申請します。 年 月 日 〒 住所 申請者 電話番号 氏名 被保険者との関係												
代理申請を行う事業所情報	事業所名称											
	事業所種別											

変更内容 ※購入予定の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。

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
(TAISコード )			円	年 月 日
(TAISコード )			円	年 月 日
(TAISコード )			円	年 月 日
変更の理由				

### 中止内容

中止する福祉用具名（種目名及び商品名）
中止の理由

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	/	