

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給事前申請書

フリガナ			保険者番号					2	0	2	2	0	0
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0							
			生年月日	年 月 日									
要介護度等			認定有効期間	～									
住 所	〒 電話番号												
購入したい 福祉用具の 情 報	製 品 名												
	製造事業者名												
当該福祉用具 が必要な身体 の 状 況													
購 入 を 選 択 し た 理 由													

（添付書類）

- ・購入する福祉用具の情報が確認できる書類（商品のカタログ等）
- ・福祉用具サービス計画書

審 査 結 果 の 連 絡 先	担当者氏名		電話番号	
	事業所名 及び住所			

安曇野市記入欄

年 月 日 上記内容の給付を（ 可 ・ 不可 ）としたい。

(給付不可の場合はその理由を記入)	課 長	係 長	係	担 当