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 |
|  |  |  |  |