

介護保険  居宅介護  介護予防 **福祉用具購入費事前確認書発行申請書**

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号				4	6	2	2	2	6
	被保険者番号									
	個人番号									
生年月日	大・昭	年	月	日生	性別	男・女	利用者負担割合			割
住所	〒 奄美市				電話番号					
支給履歴	有・無	【年度内既購入額】				円【既購入商品名】				
福祉用具の種目名及び商品名		製造事業者名及び販売事業者名		購入事前見積金額	購入金額		購入年月日			
(種目)	(製造者)					令和 年 月 日				
(商品名)	(販売者)			円	円					
(種目)	(製造者)					令和 年 月 日				
(商品名)	(販売者)			円	円					
(種目)	(製造者)					令和 年 月 日				
(商品名)	(販売者)			円	円					
福祉用具が 必要な理由										
奄美市長 殿										
上記のとおり関係書類を添えて福祉用具購入費の事前申請確認書の発行を申請します。										
令和 年 月 日										
住所 〒 奄美市										
申請者										
氏名 (印) 電話番号										

※この申請書に、「ケアプランまたは福祉用具購入理由書」、「見積書」及び「福祉用具のパンフレット等」を添付して提出してください。

福祉用具が必要な理由については、個々の用具ごとに記載して下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。  
 ※当該福祉用具を購入した後に、「納品書」及び「購入費用の領収書（商品名を明記のこと）」を提出してください。  
 支給決定された福祉用具購入費は、下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄 (申請被保 険者本人 の口座)	銀行 信用金庫 組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号						
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金							
			2 当座預金							
			3 その他							
	フリガナ 口座名義人									

※市処理欄

要支援(1・2)要介護(1・2・3・4・5)				令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
上記の事前申請について確認書を送付してよろしいか。 <input type="checkbox"/> 認める <input type="checkbox"/> 認めない…理由 _____ 決裁 令和 年 月 日				上記の支給申請について決定してよろしいか。 <input type="checkbox"/> 認める…支給決定額 _____ 円 <input type="checkbox"/> 認めない…理由 _____ 決裁 令和 年 月 日			
課長	補佐	係長	担当	課長	補佐	係長	担当