

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給事前申請書（受領委任払用）

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	
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									
福祉用具が 必要な理由													
鳥栖地区広域市町村圏組合管理者 様 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 〒 申請者 住所 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												
下の事業所に居宅介護（予防）福祉用具購入費の請求及び受領を委任します。 被保険者氏名													
鳥栖地区広域市町村圏組合管理者 様 上記申請に基づく居宅介護（予防）福祉用具購入費の請求及び受領に関する権限の委任を受けることに同意いたします。 年 月 日 〒 申請者 所在地 事業所番号 (受領委任事業所) 事業所名 電話番号 代表者氏名													
必要添付書類	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画 ※居宅サービス計画がある場合 <input type="checkbox"/> 福祉用具サービス計画 ※居宅サービス計画がない場合 <input type="checkbox"/> 購入する福祉用具のカタログ <input type="checkbox"/> 見積書												
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						