

様式第3号 (第5条関係)

介護保険居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費受領委任払事前承認申請書

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号					
	被保険者番号					
生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女	
住 所	〒					電話 ()
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造業者名及び 販売事業者名		購入予定金額		購入予定日	
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
福祉用具が 必要な理由						
山辺町長 様 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費受領委任払事前承認を申請します。 年 月 日 申請者 住所 電話 () 氏名 _____						
登録事業者 (受取人)	住 所	登録番号				
	事業者名	電話番号				
	代表者名					

※ 注意

- ・「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ください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。
- ・この申請書に、購入したい福祉用具のパフレット等を添付してください。

保険者記入欄

要介護度 支1・2 介1・2・3・4・5	今年度既給付 無・有 (円)	今回対象予定額 円	自己負担予定額 給付予定額	円 円
----------------------------	--------------------	--------------	------------------	--------