

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給事前承認申請書

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	2 5 2 0 1 5					
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	被保険者番号						
住 所	〒 _____ 大津市 電話番号 () _____							
福祉用具名 (種目名及び商品名)		製造事業者名 販売事業者名			購入見積額 購入予定日			
<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトの吊具の部分 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ 商品名		製造事業者名 販売事業者名			円			
					年 月 日			
<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトの吊具の部分 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ 商品名		製造事業者名 販売事業者名			円			
					年 月 日			
<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトの吊具の部分 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ 商品名		製造事業者名 販売事業者名			円			
					年 月 日			
<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトの吊具の部分 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ 商品名		製造事業者名 販売事業者名			円			
					年 月 日			
(あて先) 大 津 市 長 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費支給の事前承認の申請をします。 年 月 日 〒 _____ 申請者 住所 _____ 電話番号 () _____ 氏名 _____ 続柄 () _____								

(備考) この申請書に、福祉用具が必要と認められる理由を記載した所見書、福祉用具のパンフレット等概要がわかる書類及び福祉用具の見積書を添付してください。