

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

フリガナ			保険者番号			1	9	2	0	5	4
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	別紙「特定福祉用具の再購入についての確認書」のとおり										
居宅介護支援 事業所情報	事業所名		介護支援専門員等氏名								
<p>山梨市長 様</p> <p>前のとおり、関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給事前申請をします。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>(被保険者本人) 氏名 (自署) (自署が困難な場合は、被保険者本人氏名・ 代筆者氏名・続柄を記入してください)</p>											
代理申請を行う 事業所情報	事業所名称										
	事業所種別										

注意 ・この申請書の他に、「特定福祉用具の再購入についての確認書」、福祉用具のパフレット、
アセスメント(理由書)、ケアプラン一式、サービス担当者会議録、
現在使用中の福祉用具(前回購入品)の写真(日付入り)、函面等を添付してください。
・「特定福祉用具の再購入についての確認書」については、個々の福祉用具ごとに記載してください。

【山梨市記入欄】 ----- 本人確認 ・ 代理権確認 ・ 番号確認

給付制限等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未納あり	負担割合等	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 生活保護	利用実績	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 追加
限度額残額①	円	申請対象額②	円	支給対象額③(①②どちらか小さい方)	円	
自己負担額④	円	円	円	支給額⑤(③-④の合計)	円	