

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		0	2	2	0	8	7		
被保険者氏名		被保険者番号									
		個人番号									
生年月日	年 月 日	要介護度等	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5
認定有効期限	年 月 日	～	年 月 日								
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	円				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											
むつ市長様 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を申請します。 年 月 日 〒 住所 申請者 氏名 電話番号 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										

注意 ・この申請書の裏面に領収証、福祉用具のパフレット等を添付してください。
 ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の福祉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。

【提出者情報】

申請者

代理申請事業所

	事業所の 担当者	
決定通知の受領予定者	電話連絡	受領方法
申請者 提出者 その他 ()	要 不要	本庁舎 分庁舎 (川内 大畑 脇野沢) 郵送 BOX その他 ()

市記入欄							
添付書類	給付制限	支給資格	介護度等	有効期間	支給限度額	確認	備考
パンフレット	有・無 給付割合 割	有・無		・ ・ ・ ・ ・ ~ ・ ・ ・ ・ ・			