様式第3号

介護保険　居宅介護・介護予防　特定福祉用具購入費受領委任払事前承認申請書

フリガナ		保険者番号		0	6	2	0	6	7		
被保険者氏名		被保険者証番号									
生　年　月　日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日	性　別	男　・　女								
要介護区分等 認　定　期　間	□要支援（１・２）　□要介護（１・２・３・４・５） （　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）										

福祉用具名（種目名及び商品名）	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	福祉用具が必要な理由
		円 年　月　日	
		円 年　月　日	
		円 年　月　日	
購入予定金額合計		円	

介護支援専門員等　所属
氏名

寒河江市長　様

上記のとおり、関係書類を添えて　居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入事前確認申請書を申請します。

年　　月　　日

申請者（被保険者）　住　所　　電話番号

氏　名

事業者（受取人）	住　　所 事業者名 代表者名	登録番号 電話番号

＜注意＞・この申請書に、購入したい福祉用具のパンフレット等を添付してください。
・対象となる福祉用具を複数購入したい場合は、「福祉用具が必要な理由書」についても個々の用具ごとに記載してください。

処理欄				
	添付書類確認	□パンフレット等　□福祉用具購入が必要な理由書 □その他確認物（　　）		
	備　　考		収　受　　年　　月　　日	□保険料を滞納していない