　　　年　　　月　　　日

門川町長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 |  | |
| 氏名 | 印 | |
| （電話番号　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 被保険者番号 | |  |

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入事前申請書

介護保険における福祉用具の購入について、関係書類を添付し事前審査を申し出ます。

　なお、要介護（要支援）認定が非該当の場合、また、入院中に購入しその後退院できなかった場合等については、介護保険給付対象外の為、購入費用が全額自己負担になることを承諾します。

記

・福祉用具が必要な理由書

・福祉用具のパンフレット等（価格や規格等が記載されているもの）

購入について

事前審査後、この申請書の写しを交付しますので、ケアマネージャー又は販売事業者に連絡し、速やかに購入してください。

商品を変更しようとする場合は、あらかじめ門川町役場福祉課にご相談ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【門川町記入欄】 | | | |  |  | |
| 決　裁 | 課　長 | 課長補佐 | 係　長 | | | | | 係　員 | | 担当者 |  | 受　付　印 |
|  |  |  | | | | |  | |  |  |  |
| 給付対象額　 給付率　 支給予定額  　　　　　 円×90/100＝ 　　　　　円（購入済金額　　　　　　円） | | | | | | | | | | |  |
| 要介護度 | | | | | | 本人の状況 | | | 決　　定 | |  |
| （ 要支援 １ ２ ） 申請中  （ 要介護 １ ２ ３ ４ ５ ） | | | | | | １．在宅  ２．入院 | | | 承認・却下 | |  |