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

給付対象額	給付率	支給予定額
円×	/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

受　付　印