

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健康長寿課にご相談ください。

#### 【門川町記入欄】

| 決<br>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<br>_____ 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<br>( 要介護 1 2 3 4 5 )                        |     |      | 1. 在宅<br>2. 入院 | 承認・却下 |     |

| 受 付 印 |
|-------|
|       |