

様式第1号（第3条関係）

介護保険（居宅介護・介護予防）福祉用具購入費支給事前承認申請書

フリガナ		保険者番号		0	9	2	1	0	6
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性	別	男・女		
住所	〒 ー 大田原市		電話番号 ()						
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		購入見積金額						
			円						
			円						
			円						
福祉用具が 必要な理由									
<p>大田原市長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて介護保険（居宅介護・介護予防）福祉用具購入費支給の特例措置 事前承認の申請をします。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒 ー</p> <p>住所 大田原市</p> <p>申請者 電話番号 氏名 ()</p>									

- (注意) 1 福祉用具の見積書を添付して下さい。
2 福祉用具のパフレットを添付して下さい。