様式第35号（第29条関係）

介護保険居宅介護(介護予防)特定福祉用具購入費支給事前確認申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 |  | | | 保険者番号 | | |  | | | | | | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | | |
| 被保険者番号 | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 | | |  |  | |  | |  | |  | | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | 性別 | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  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 | | 購入見積額 | | | 購入予定日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 資　格 |  | | 氏　名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 野洲市長　　　　様  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）特定福祉用具購入費支給の事前確認を申請します。  　　　年　　　月　　　日  　　　　　　住所  　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　）  　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 野洲市長　　　　様  上記申請に係る介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を受任す  ることに同意します。    　　　年　　　月　　　日  受領者（販売事業者）  　　　　　　所在地  　　　　　　事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　（　　　）  　　　　　　代表者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意・この申請書に福祉用具が必要な理由を記載し、見積書、購入する福祉用具のパンフレット等概要がわかる書類を添付してください。

　　・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。また、記載者が介護支援専門員でない時は所有している資格を記入してください。

　　・事前確認により支給を受ける場合には、必ず受領者（販売事業者）の同意が必要です。