

様式第2号（第4条関係）

介護保険福祉用具購入費事前承認願書														
フリガナ 被保険者 氏名						保険者番号								
						被保険者番号								
被保険者個人番号														
生年月日	明・大・昭	年	月	日生		性別	男・女							
住所	〒 -					電話番号（ ）								
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 販売事業者名					購入予定金額	購入予定日							
						円	年	月	日					
						円	年	月	日					
						円	年	月	日					
						円	年	月	日					
福祉用具が必要な理由														
介護支援専門員氏名						所属事業所名								
<p>上富田町長 様</p> <p>上記のとおりの内容で、受領委任払いにおいて介護保険福祉用具購入を行いたいので承認願います。</p> <p>尚、事前承認後内容に変更が生じた場合は速やかに届出ます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>申請者 住所 (被保険者) 氏名</p> <p style="text-align: right;">印 電話番号（ ）</p>														

(注意事項) 承認願の他に下記の書類を添付して下さい。

- 受領委任払同意書
- 福祉用具見積書並びにパンフレット等