

(あて先)山形市長

(申請者)

〒

住所

フリガナ

氏名

電話番号

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入事前確認申請書(受領委任払用)

次のとおり、福祉用具の購入について、関係書類を添えて事前確認を申請します。

フリガナ										
被保険者氏名	被保険者番号									
	要介護度									
生年月日	明・大・昭	年	月	日	要支援 1・2					
					要介護 1・2・3・4・5					
被保険者住所										
負担割合	割		期間( 年 月 日 ~ 年 月 日 )							
福祉用具名等	製造事業者名			見積金額			※山形市記入欄			
種目( ) 商品名( )				円			支給見込額 円			
種目( ) 商品名( )				円			支給見込額 円			
販売業者(受領者)	住所 名称 電話番号 ( )									
福祉用具が必要な理由等										専門相談員確認欄
	氏名									
届出人	住所 氏名 電話番号 ( ) 被保険者との関係( )									
	<input type="checkbox"/> 未納保険料 有・無 <input type="checkbox"/> 今年度支給済額 ( )円 <input type="checkbox"/> 給付制限 ( ) <input type="checkbox"/> 居宅介護(予防)支援事業所届 有・無									
※ 山形市 記入欄	受付番号 ( )									
	審査結果 <input type="checkbox"/> 承認する <input type="checkbox"/> 承認しない(理由 )									

留意事項

- ・ 介護保険法第23条に基づき、山形市が必要と認めるときは、訪問調査を実施します。
- ・ 申請者は、本人(被保険者)に限ります。
- ・ 申請に際しては、購入予定の福祉用具のパンフレット等が必要です。
- ・ 「福祉用具が必要な理由等」については、個々の福祉用具ごと記入してください。同一年度内に同じ種目の福祉用具を購入したい場合は、その理由を具体的に記入してください。
- ・ 介護(予防)サービス計画が作成されていない場合は、指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員による「福祉用具が必要な理由等」の記載内容の確認と所定欄への記名・押印が必要です。
- ・ 保険料の滞納により、保険給付の支払方法の変更又は一時達止等を受けている方は、受領委任払による給付を受けることができません。