

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

直方市長 様

年 月 日

申請者（被保険者）の住所 〒 -				申請者（被保険者）の氏名（自署） 印			
被保険者番号				個人番号			

介護保険法施行規則 ☐ 第 7 1 条第 1 項の規定により居宅介護福祉用具購入 ☐ 第 9 0 条第 1 項の規定により介護予防福祉用具購入 の事前確認を申請します。				
特定福祉用具（特定介護予防福祉用具）の購入が必要な理由		☐ 別紙居宅介護（予防）サービス計画書のとおり ☐ 別紙福祉用具サービス計画書のとおり		
種目及び商品名	製造事業者名	販売事業者名 事業者番号	購 入 費 用	購入予定年月
			円	年 月
			円	年 月
			円	年 月
支給限度基準額の残額 （ 1 0 万円／年度）		円	利用者負担予定額	円

委任状 兼 同意書	
本人氏名（自署）	印
代筆者氏名	
代筆した理由	
1. 委任事項 上記申請者は、介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入に関する書類の提出を、下記の指定特定（介護予防）福祉用具販売事業者 に委任します。	
2. 同意事項 直方市が、私の居宅介護支援・介護予防支援を担当する指定居宅介護（介護予防）支援事業所及び下記の指定特定（介護予防） 福祉用具販売業者に、受給資格の有無、支給限度基準額の残額及び介護保険料滞納に係る給付制限措置の有無等の申請に必要な 情報を提供することに同意します。	
事業者の所在地	
事業者の名称	印
事業者指定番号	

注 1 該当する□には、レ印を記入してください。
2 居宅介護（予防）サービス計画書、福祉用具サービス計画書を添付してください。
3 福祉用具の購入に係る福祉用具のパンフレット等を添付してください。

(以下の欄は、記入しないでください。)			
本件申請について、下記のとおり決定してよろしいかお伺いします。			
年 月 日 出議	係 員	係 長	決裁（課長）
年 月 日 決定			

【保険者記入欄】

(以下の欄は、記入しないでください。)

審 査	特定福祉用具の種類	()
	同一品目再支給有無	☐ 無 ☐ 有 (理由)
	支 給 額 審 査	☐ 適切と認める ☐ 不適切である (理由)
	支 給 予 定 金 額	円

	個人番号	☐ 有 ☐ 無 (理由)
	個人番号確認書類	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 住民票写し (マイナンバー記載)
	身元確認書類 (1点確認)	☐ 顔写真付身分証明書 (法人、官公署が発行した身分証明書若しくは資格証明書) ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 在留カード ☐ 特別永住者証明書 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 運転経歴書
	身元確認書類 (2点確認)	☐ 健康保険被保険者証 ☐ 年金手帳 ☐ 児童扶養手当証書 ☐ 特別児童扶養手当証書 ☐ 納税証明書 ☐ 源泉徴収票 ☐ 領収書 (国税・地方税・社会保険料・公共料金) ☐ 印鑑登録証明書 ☐ 戸籍の附票の写し ☐ 住民票の写し (マイナンバー未記載)
	委任状	☐ 有 ☐ 無