様式第２号（第４条関係）

年　　　　月　　　　日

様

盛岡北部行政事務組合

管理者

対象外

自己負担（予定）額

円

①-②

購入費用の総額

円

①

特定福祉用具費支給（予定）額

円

②（＝①×保険給付割合）

※1円未満端数切捨て

受付年月日

年　　　月　　　日

決定年月日

年　　　月　　　日

対象となる特定

福祉用具

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入承認通知書

　　　年　　月　　日付で申請のありました介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入については、書類を審

査した結果適切でありますので、福祉用具の購入を承認します。

記

被保険者氏名

被保険者番号