

介護保険 居宅介護(介護予防)福祉用具購入承認申請書

フリガナ	コウイキ タロウ	保険者番号					4	0	9	5	4	0
被保険者氏名	広域 太郎	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
生年月日	明・大(昭) 9年9月9日生						性別		(男)・女			
住 所	〒812-0044 福岡市博多区千代4-1-27											
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						購入金額			購入予定日		
入浴補助用具 シャワーチェア	□□□製作所/○○○○販売						50,000円			平成30年4月5日		
合 計						50,000円						
福祉用具が必要な理由 (ケアマネジャー署名・捺印)	両膝関節症により立ち上がりに支障があり、シャワーチェアにより、入浴動作の安定、転倒予防を図る必要があるため (居宅サービス計画の届出 (有)・無) (居宅の事業所名)											

作成者がケアマネジャーでない場合は、所属事業所と資格、及び記名押印をお願いします。

福岡県介護保険広域連合長 様

上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入の承認を申請します。

申請日 30年 4月 2日

申請者 住所 福岡市博多区千代4-1-27
(本人) 氏名 広域 太郎

届出が本人以外の場合記入

電話番号 092-○○○-○○○○

届出者 氏名 (本人との関係:)電話番号

委 任 状

上記申請承認の上は、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下記の事業者委任します

申請者(本人) 氏 名 広域 太郎

事業者 住 所 福岡市○○区○○1234

(販売者) 名 称 ○○△△福祉用具販売

福祉用具販売事業者の	受領委任契約番号					8	8	8	8	
	事業所番号	8	0	0	0	0	0	△	△	△

福岡県介護保険広域連合(市町村) 記入欄

前回までの購入金額	今回の購入金額	今回までの通算金額
円	円	円

・要介護(支援)認定 ☐有 ☐無 ・滞納 ☐有 ☐無 ・給付額減額 ☐有 ☐無

※添付書類 ☐の中にチェックをいれて下さい。

☐パンフレット(写しで可) ☐その他確認が出来る資料

◆特殊尿器(便が自動的に吸引されるもの)の場合

☐認定調査票(注1)

又は

☐主治医意見書又は医師の診断書(注2)

☐サービス担当者会議の要点(第4表)

福祉用具購入受付番号

(注1)認定調査票の場合は、「2-1移乗」及び「2-6排便」が共に「全介助」であること。

(注2)主治医の意見書又は医師の診断書は、介護支援専門員等が聴取した居宅サービス計画等に記載する医師の所見でも可。