

## 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費事前承認申請書兼承認(不承認)決定通知書

年 月 日

下記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給の事前承認を申請します。

|                                                                                                                                                 |                                                                                      |       |        |   |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|---|-----|
| 被保険者氏名                                                                                                                                          |                                                                                      |       | 被保険者番号 |   |     |
| 生年月日                                                                                                                                            | □大正 □昭和 年 月 日                                                                        |       |        |   |     |
| 住 所                                                                                                                                             | 七戸町字                                                                                 |       | 連絡先    |   |     |
| 要介護状態区分及び認定有効期間等                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 要介護 ( )                                                     | 認定期間  | 自      | 年 | 月 日 |
|                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 要支援 ( )                                                     |       | 至      | 年 | 月 日 |
|                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 申請中                                                         | 申請年月日 | 年 月 日  |   |     |
| 申請代行者名                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 家族・親族 (氏名: 続柄: ) 連絡先:                                       |       |        |   |     |
|                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 福祉用具販売者 担当者:<br>事業所名: 連絡先: |       |        |   |     |
| 福祉用具の<br>種目・商品名<br>及び購入理由<br><br><種目><br>①腰掛便座<br>②入浴補助用具<br>③簡易浴槽<br>④移動用リフトのつり具の部分<br>⑤自動排泄処理装置の交換部分<br>⑥排泄予測支援機器<br>⑦スロープ<br>⑧歩行器<br>⑨歩行補助つえ | 種目                                                                                   |       | 商品名    |   |     |
|                                                                                                                                                 | 販売事業者名                                                                               |       |        |   |     |
|                                                                                                                                                 | 購入見積額                                                                                |       | 円      |   |     |
|                                                                                                                                                 | 購入理由等                                                                                |       |        |   |     |
|                                                                                                                                                 | 種目                                                                                   |       | 商品名    |   |     |
|                                                                                                                                                 | 販売事業者名                                                                               |       |        |   |     |
|                                                                                                                                                 | 購入見積額                                                                                |       | 円      |   |     |
|                                                                                                                                                 | 購入理由等                                                                                |       |        |   |     |
|                                                                                                                                                 | 種目                                                                                   |       | 商品名    |   |     |
|                                                                                                                                                 | 販売事業者名                                                                               |       |        |   |     |
|                                                                                                                                                 | 購入見積額                                                                                |       | 円      |   |     |
|                                                                                                                                                 | 購入理由等                                                                                |       |        |   |     |

※添付書類:見積書、福祉用具のパンフレット等の写し

※購入理由には、現在の身体状況、生活上不便な状況等及び福祉用具の必要性を記入すること。

※スロープを複数個購入の場合は、設置個所がわかる平面図を添付すること。1個の場合は、上記購入理由欄に設置箇所を記入すること。

## 「購入」及び「貸与」の選択について

※福祉用具種目のうち「スロープ、歩行器、歩行補助つえ」の3種目については、以下の理由を記入すること。

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 利用者等への説明状況、利用者が購入を選択した理由 |  |
|--------------------------|--|

|            |                                                                                        |        |   |     |  |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------|---|-----|--|
| 確認事項       | 添付書類 (□見積書 □パンフレット等の写し)                                                                | 事前承認金額 | 円 |     |  |
| 決定内容       | 上記の申請内容について、 <input type="checkbox"/> 承認します。 <input type="checkbox"/> 承認しません。<br>年 月 日 |        |   |     |  |
| 承認しない場合の理由 |                                                                                        |        |   |     |  |
| 町確認欄       | 七戸町役場 介護高齢課                                                                            | 課長     |   | 担当者 |  |

※この承認により福祉用具購入費支給が決定されるものではありません。

※要介護認定申請中の場合、認定結果が非該当になったときは、承認取消となります。