介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入に係る事前確認書類

| 被保険者番号 | | | | | | | | | | | 提 | 出日 | | | 年 | Ξ | 月 | | 日 |
|----------------------|--|------|-----|-----------------|----|----|---|---|----------------|------|----|-----|-------|--------|-----|---|---|---|---|
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | | 生年月日 | | 年 | | 月 | | 日 | | | |
| 住所 | T | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | | į | 要支 | 援 | 1 | • | 2 | ; | 要介 | 護 | 1 | • 2 | • | 3 | • | 4 | • | 5 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援 事業所等名 1 | | 新名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ' | 介 専 | 護支門員 | 援名 | | ı | | | | | 電話番号 | | | | - | | | | | |
| 福祉用具販売 事業者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <u></u> | | 74 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 福祉用具種目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 腰掛便座 特殊尿器 排泄予測支援機器 簡易浴槽 移動用リフトの吊り具部分 | | | | | | | | | | | | | | | 分 | | | |
| | 入浴補助用具(入浴用いす 浴槽用手すり 浴槽内いす 入浴台 浴室内すのこ 浴槽内すのこ 入浴用介助ベルト) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 購入品目 | 固 | 定用 | スロ | ーフ | f | 步行 | | | .点杖 | | | | , ,,, | 7.371- | ,,, | • | , | | |
| 2 | 福祉用具名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 購入 | 、予え | 臣日 | | 年 | | | | | 月日 | | | 日 | | | | | |
| | 見和 | 責金: | 額 (| 合計 | †) | | | | | | 円 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が 必要な理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 書類作成者 | | 作成 | t者E | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 所属 | 事業 | 業所 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 電 | 話番 | 号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 介護支援専門員 その他(| | | | | 福祉用具専門相談員) | | | | | |) | | | | |

- 1 居宅(介護予防)サービス計画がない被保険者の場合は記載不要です。
- 2 購入品目が複数ある場合は、種目、用具名をそれぞれ記載してください。また、購入予定日が未定の場合は記載不要です。
- 3 具体的な疾病名と身体状況の詳細を記載してください。また、居宅(介護予防)サービス計画 又は特定(介護予防)福祉用具販売計画を添付した場合であって、その記載により福祉用具が 必要であると認められる場合は、記載は不要です。ただし、保険者の判断により、記載内容で 福祉用具が必要であると認められない場合もあります。