

福祉用具購入事前確認票

居宅介護支援事業所:

(電話番号:)

作成者:

年 月 日

被保険者番号										
被保険者氏名										
要介護度等	申請中 ・ 支援1 ・ 2 介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 <small>※新規申請中の場合、本申請受付は要介護認定後となります。</small>									
	在宅(一般住宅) ・ 入院 ・ 施設 <small>※入院入所中の場合、本申請受付は退院退所後となります。</small>									
福祉用具販売事業所										
福祉用具名										
福祉用具が必要な理由										

※この確認票に、購入予定の福祉用具のカタログ(写)を添えて提出してください。
既に購入した福祉用具が破損し、使用継続が困難な場合は、現在の用具の状況が分かる写真(撮影日付入り)も添付してください。

※小郡市記入欄

確認結果(確認者)	可 ・ 不可 ()
備考	