

福祉用具購入承認願

令和 年 月 日

木津川市長 宛て
(高齡介護課長)

居宅介護支援事業者

介護支援専門員

住所

TEL(携帯可)

下記の被保険者に係る特定福祉用具の購入を承認願います。

被保険者番号	ふりがな 被保険者氏名	生 年 月 日	入院・入所
		T S 年 月 日	有 ・ 無 退院・退所 予定日 /
要介護認定	【要支援】 １ ・ ２ 【要介護】 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ 新規 ・ 区変 申請中 【認定期間】 R 年 月 日 ～ R 年 月 日 【負担割合】 １ ・ ２ ・ ３ 割		
住 所	木津川市		
購入の内容（種目）		品目名	種目番号 購入金額(税込)
(1) 腰掛便座	(6) 移動用リフトの つり具の部分		円
(2) 自動排泄処理装置 の交換可能部品	(7) スロープ		円
(3) 排泄予測支援機器	(8) 歩行器		円
(4) 入浴補助用具	(9) 歩行補助つえ		円
(5) 簡易浴槽			円
業 者 名		購入予定日	R 年 月 日 承認次第
総費用(税込)	円	支払方法	受領委任 ・ 償還払い
福祉用具を 必要な理由 ※1 ※2	□ 居宅(介護予防)サービス計画(ケアプラン)添付により省略		

添付書類

☐見積書(福祉用具販売事業者作成)

☐パンフレット写し

※1 種目(7)、(8)、(9)は、貸与ではなく購入の必要がある理由を記入ください。

※2 種目(7)は、生活動線上であることがわかるように、設置場所を記入ください。
理由欄に記入が困難な場合は、裏面に図示または別紙(様式自由)にて提出
ください。

以下、市使用欄

☐住宅改修同時申請

☐ 滞納確認

□過去承認 あり・なし (. . . 品目 ￥)

別紙のとおり承認してよろしいか

(. . 品目 ￥)

課 長	担当課長	主 幹	課長補佐	係 長	担当係長	係	担 当

種目(7)の設置場所