

福祉用具購入承認願

令和 年 月 日

木津川市長 宛て
(高齢介護課長)

居家介護支援事業者

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		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	<input type="checkbox"/> 居宅(介護予防)サービス計画(ケアプラン)添付により省略				
※1					
※2					

添付書類

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

□見積書(福祉用具販売事業者作成)

※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。

□パンフレット写し

理由欄に 付ける

以下 市使用欄

□住宅改修同時申請

□ 溝納確認

□過去承認 あり・なし (、 、 品目 ￥)

別紙のとおり承認して

課長 担当課長 主

--	--	--	--	--	--	--	--

種目(7)の設置場所