

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)

居宅介護支援事業者 _____

介護支援専門員 _____

住所

電話番号

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	男・女	M. T. S 年 月 日生		
要介護認定	要支援() ・ 要介護() ・ 申請中				
住 所	京都府木津川市				
購入の内容 (種目)	品目名	種目		購入金額	円
	(1)腰掛便座				円
	(2)特殊尿器				円
	(3)入浴補助用具				円
	(4)簡易浴槽				円
	(5)移動用リフトの 吊り具部分				円
業 者 名		購入予定日	令和 年 月 日		
総費用(税込み)	円	受領委任 ・ 償還払い			
用具の必要な理由					

添付書類

見積書

パンフレット写し

— 福祉用具購入事業者作成

別紙のとおり承認してよろしいか

課 長	主 幹	主 幹	係 長	係	担 当	保険料確認済	限度額確認済