

介護保険居宅介護・介護予防 福祉用具購入事前確認申請書(受領委任払い用)

(R1.05版)

被保険者番号		保険者番号	132290
住所	〒 西東京市 町 丁目 番 号		
フリガナ		福祉用具購入予定時の要介護度	
被保険者氏名		要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		

販売事業者名(※)		受領委任事業者登録番号:	
福祉用具名	種目		
	商品名		
製造事業者名			
購入予定額	円	円	円
購入予定日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
福祉用具が必要な理由 ※身体状況を踏まえ具体的に記入してください。		記入者名: 事業所名:	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員
特定福祉用具購入実績 (現年度分)	<input type="checkbox"/> あり (購入品目:) <input type="checkbox"/> なし		

(あて先) 西東京市長
 上記のとおり福祉用具を購入したいので、関係書類を添えて申請します。
 なお、承認通知書の内容について、販売事業者にも知らせることを了承します。
 令和 年 月 日
 申請者 住所
 (被保険者本人)
 氏名 ④ 電話番号

※ 販売事業者は受領委任事業者登録が必要となります。

(添付書類)

- 見積書(被保険者あてのもの ※フルネームで記載のこと)
- 福祉用具のパンフレット等(コピー可)

----- 以下市処理欄(記入しないでください) -----

利用者負担割合	1割・2割・3割	承認通知	入力	審査	確認	受付
既購入費総額	円					
購入費残額	円					
支給予定額	円					

介護保険居宅介護・介護予防 福祉用具購入事前確認申請書(受領委任払い用)

(R1.05版)

被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	保険者番号	132290
住所	〒123-4567 西東京市 中 町 1 丁目 5 番 1 号											
フリガナ	ニシウキョウ タロウ										福祉用具購入時の要介護度	
被保険者氏名	西東京 太郎										要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
生年月日	明治・大正・昭和 5 年 10 月 15 日											
販売事業者名(※)	株式会社 ××××											介護保険受領委任事業者登録決定通知書に記載されている受領委任事業者登録番号を記入してください。
	受領委任事業者登録番号: 7000000123											
福祉用具名	種目	腰掛便座					入浴補助用具					
	商品名	ポータブルトイレA					入浴用いすB					
製造事業者名		〇〇株式会社					△△株式会社					こちらのチェック欄も忘れずに記入をしてください。
購入金額		50,000 円					20,000 円					
購入日		令和 元年 5 月 15 日					令和 元年 5 月 15 日					
福祉用具が必要な理由 ※身体状況等を踏まえ具体的に記入してください。		記入者名: 介護 花子					事業所名: 西東京市介護支援事業所					<input checked="" type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員
特定福祉用具の購入実績 (現年度分)		<input checked="" type="checkbox"/> あい					【審査時の確認事項】 ・身体状況や既往歴、入院などについて記載があるか。 ※腰痛、ひざの痛み等だけではなく、その原因や理由、期間も記入してください ・福祉用具購入によって、状況がどう改善するかが記載されているか					
(あて先) 西東京市長 上記のとおり福祉用具を購入したいので、 なお、承認通知書の内容について、販売事 令和 元年 5 月 1 日 申請者 住所 西東京市中町1-5-1 (被保険者本人) 氏名 西東京 太郎 電話番号 042-123-4567												

※ 販売事業者は受領委任事業者登録が必要となります。

(添付書類)

- 見積書(被保険者あてのもの ※フルネームで記載のこと)
- 福祉用具のパフレット等(コピー可)

----- 以下市処理欄(記入しないでください) -----

利用者負担割合	1割・2割・3割	決定通知	入力	審査	確認	受付
既支給済額	円					
支給残額	円					
今回支給決定額	円					