（松本市）

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給事前確認依頼書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 希望連絡先（電話） |  |
| 事業所名及び住所 |  |
|  |

特定(介護予防)福祉用具購入にあたって、事前に下記内容の確認を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 確認したい内容 | 該当の項目に○をしてください。・同一品目の再購入について【破損／その他の事由】・オーダーメイドについて・商品の照会【種目／複合機能／その他の事由】・選択制対象品目の購入　（福祉用具販売計画書の提出必要）・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 福祉用具の情報 | 購入（確認）したい福祉用具の情報 | 商品名 |  |
| 製造事業者名 |  |
| 当該福祉用具が必要な身体の状況 |  |
| 購入を選択した理由 |  |
| 医師または専門職等の意見をふまえた利用期間の見込み（選択制対象品目の購入の場合のみ記入） |  |
| 被保険者の情報（商品の照会の場合は、記入不要） | フリガナ |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 | 〒松本市 |

（添付書類）

・申請の内容が確認できる資料（商品のカタログ、日付入りの写真等）

・図面（オーダーメイドやスロープの場合等）

・選択制対象品目の購入の場合、福祉用具販売計画書

|  |
| --- |
| 松本市記入欄 |
|  |
| 年　　　月　　　日上記内容の給付を（　可　・　不可　）としたい |  | 担当 | 係 | 係長 | 課長補佐 | 課長 |
|  |  |  |  |  |
| （給付不可の場合はその理由を記入） |  |
|  |