介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入に係る事前確認書類

被保険者番号		提出日	令和　　年　　月　　日
フリガナ		生年月日	年　　月　　日
被保険者氏名			
住所	〒		
要介護度	要支援　1　・　2　　要介護　1　・　2　・　3　・　4　・　5		
居宅介護支援事業所等名 ※1			
	事業所名称		
	介護支援専門員名	電話番号	―　　―
福祉用具販売事業者名			
購入品目 ※2	福祉用具種目		
	□腰掛便座　□特殊尿器　□排泄予測支援機器　□簡易浴槽　□移動用リフトの吊り具部分 □入浴補助用具（　□入浴用いす　□浴槽用手すり　□浴槽内いす　□入浴台 □浴室内すのこ　□浴槽内すのこ　□入浴用介助ベルト　）		
	福祉用具名		
	購入予定日	令和　　年　　月　　日	
	見積金額（合計）	円	
福祉用具が必要な理由 ※3			
書類作成者	作成者氏名		
	所属事業所		
	電話番号	―　　―	
	資格	□　介護支援専門員　　□　福祉用具専門相談員 □　その他（　　）	

※1 居宅（介護予防）サービス計画がない被保険者の場合は記載不要です。
※2 購入品目が複数ある場合は、種目、用具名をそれぞれ記載してください。また、購入予定日が未定の場合は記載不要です。
※3 具体的な疾病名と身体状況の詳細を記載してください。また、居宅（介護予防）サービス計画又は特定（介護予防）福祉用具販売計画を添付した場合であって、その記載により福祉用具が必要であると認められる場合は、記載は不要です。ただし、保険者の判断により、記載内容で福祉用具が必要であると認められない場合もあります。