（様式第１－2）

居宅介護(予防)**福祉用具購入承認申請書**

承認

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | 保険者番号 | | | | ４０２０２４ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | |  | |
| 被保険者番号 | | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| 生年月日 | | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | 個人番号 | |  |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 住所 | | 大牟田市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | | 要支援（１・２）　要介護（１・２・３・４・５）  （新規・更新・区変）申請中 | | | | | | | 負担割合 | | | | | | | | | | | | 割 | | | | | | | | | |
| 現在の状況 | | □在宅　　　　□入院中(退院予定　　年　　月頃)  □施設入所中(退所予定　　年　　月頃)　　　□その他(　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  （種目及び商品名） | | | 製造事業者名 | | 購入予定金額 | | | | | | | | | 購入予定日  (申請日から１週間以降) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ① | | |  | | 円 | | | | | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② | | |  | | 円 | | | | | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③ | | |  | | 円 | | | | | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援  専門員等 | * 別添理由書、ケアプランのとおり相違ありません。   事業所名  氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 購入事業者 | * 別添理由書、ケアプランのとおり必要性を認めます。   事業者名  相談員名　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払方法 | 受領委任払　　　・　　　　償還払 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 大 牟 田 市 長 　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　月　　日  上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。  申 請 者（被保険者）  住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　）  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者　　　　　　　　　　　(続柄　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

＜添付書類＞

●福祉用具が必要な理由書 ●福祉用具のパンフレット等（写し可）

※オーダーで作成される場合はサイズが分かる完成図、設置個所の写真、見積書を添付して下さい。

○大牟田市記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定（ 介　　・支　　 ） | | 割 | 前回（ 有 ・ 無 ）  　Ｈ・Ｒ　　年　　月　　　　　　　　￥  　Ｈ・Ｒ　　年　　月　　　　　　　　￥ | | | | |
| 生（ 有 ・ 無 ） | 未（ 有 ・ 無 ） | |
| 購入費用総額 | 介護保険対象額 | | 給付対象限度額 | **決　裁** | 担　当 | | 主　査 |
| 円 | 円 | | 円 |  |  |  |

（様式第２－3）

**介護保険福祉用具が必要な理由書**

作成日：令和　　　年　　月　　日

作成者：

**＜利用者情報＞**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者名 |  | 被保険者番号 | **0** | **0** | **0** | **0** |  |  |  |  |  |  |

**＜総合的情報＞**

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者の身体状況 |  |
| 介護状況(主な介護者含む) |  |
| 介護サービスの利用状況  （現在・予定） |  |
| 福祉用具により　利用者は日常生活をどう変えたいか |  |

**＜①改善しようとしている生活動作②具体的な困難な状況③目的、期待効果④購入品目＞**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①改善しようとしている  生活動作 | ②具体的な困難な状況  （…なので…で困っている） | ③目的　期待効果  （…することで…が改善できる） | ④購入品目 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**＜特記事項＞**

|  |
| --- |
|  |

※注　ケアプラン、予防プランにより福祉用具の必要性が明らかな場合は、居宅サービス計画書第1・2表もしくは介護予防サービス支援計画表1・2を添付していただくことで【福祉用具が必要な理由書】の提出は不要です

平成２４年９月改定