福祉用具購入事前確認票

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 要介護度等 | 申請中・支援１・支援２介護１・介護２・介護３・介護４・介護５※申請中の場合、購入後の申請は要介護認定後になります。 |
| 在宅・入院中・入所中※入院中・入所中の場合、購入後の申請は退院・退所後となります。 |
| 福祉用具販売事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 福祉用具販売事業者名 |  |
| 担当者名・連絡先(事前確認結果連絡先)※上記の福祉用具販売事業者以外の方が連絡先の場合は、事業者名等も記入してください。 | 担当者名：連絡先TEL： |
| 福祉用具が必要な理由□固定用スロープ□歩行器(歩行車を除く)□歩行補助つえ(松葉づえを除く) |  |

添付書類　・カタログ

・固定用スロープ購入の場合は、図面と設置前の写真

香取市確認欄

|  |  |
| --- | --- |
| 購入実績 | 　　　　年　　月・　なし |
| 備考 |  |
| 確認結果(確認者) | 　可　・　不可　(　　　　　　　　) |
| 確認結果連絡日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |