

福祉用具購入事前確認票

申請日	年 月 日										
被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
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	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
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 <input type="checkbox"/> 固定用スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 (歩行車を除く) <input type="checkbox"/> 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