（入院・入所中の）

介護保険福祉用具購入事前確認票

提出日　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 0 | 0 | | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | | |
| 生　年　月　日 | 年　　　　月　　　　日生まれ | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 東温市 | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所等名 | （TEL　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員等氏名 |  | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具購入販売事業所名 |  | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | 要支援　1　・　2　/　要介護　1　・　2　・　3　・　4　・　5 | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年　　　月　　　日　　　～　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 退院・退所の予定日 | 年　　　月　　　日頃 | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名 | 該当番号 | | 福祉用具が必要な理由  （具体的な疾患名と身体状況の詳細） | | | | | | | | | |
| ①洋式便座（和→洋）  ②補高便座（洋式便座の高さを補う）  ③ポータブルトイレ　④昇降機能付き便座  ⑤自動排泄処理装置の交換可能部品  ⑥排泄予測支援機器  ⑦入浴用いす⑧浴槽用手すり⑨浴槽内いす  ⑩入浴台⑪浴室内すのこ⑫浴槽内すのこ  ⑬入浴用介助ベルト　⑭簡易浴槽  ⑮移動用リフトの吊り具 |  | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | |
| 福祉用具購入の記載があるケアプラン | | | * 有り　　　　　　□　無し | | | | | | | | | |

【東温市記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 購入実績 | 年　　　月 |  | 円 |
| 年　　　月 |  | 円 |
| 年　　　月 |  | 円 |
| 備考 |  | | |
| 確認結果（担当者氏名） | 可　　/　不可　　（　　　　　　　　　） | | |