（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　　（　　　　　　　　　） |