

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費 事前申請書

事業種別	介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入				申請日	年 月 日	
被 保 険 者	被保険者番号				氏 名	生 年	明・大・昭
						月 日	年 月 日
	住 所	〒				要支援・ 要介護度 状態区分	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
		電話番号					
事 前 確 認 内 容	既支給年月	年 月	既支給内容				
	購入予定年月日	年 月 日					
	購入予定業者名			支給方法	<input type="checkbox"/> 償還払い <input type="checkbox"/> 受領委任払い	受領委任 払届出	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	支給限度基準額	既支給対象額 (今年度購入額)	支給対象額①		支給額 (①× )	利用者負担額 (①× )	
	円	円	円		円	円	
	100,000						
福祉用具 購入種目 (対象に○をつける)	購 入 品 名	数量	購 入 理 由 (被保険者の身体状況、及び福祉用具の必要性、利用することで どのように改善するか具体的に記入してください。)				
腰掛便座・特殊尿器・入 浴補助用具・ 簡易浴槽・ 移動用リフトつり具							
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書（第1表）（第2表）（第4表）またはサービス担当者会議録 <input type="checkbox"/> 見積書(オーダーメイド品以外で、パンフレット分かる場合は不要) <input type="checkbox"/> 福祉用具のパンフレット <input type="checkbox"/> 写真（必要時 浴室すのこ等）						
恵庭市長 様 関係書類を添えて、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費に係る事前申請します。 申請者 居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所  介護支援専門員又は担当者  電話番号							

福祉用具購入事前申請 恵庭市記入欄

支給限度基準額	既支給対象額	支給対象額①	支給額(①× )	利用者負担額(①× )	支給限度基準額残額	
円	円	円	円	円	円	
100,000						
負 担 割 合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割					
購 入 履 歴	<input type="checkbox"/> 履歴なし <input type="checkbox"/> 履歴あり 既支給対象額 ×0.9・0.8・0.7= 円 既支給差引残額 円					
備 考						
上記のとおり、可（否）としてよろしいか伺います。						
申請の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		主幹	主査	スタッフ	合議
決裁完了日	年 月 日		決裁			