

代理受領に伴う居宅介護(介護予防)福祉用具購入費事前(変更)協議書

フリガナ		被保険者番号							
被保険者氏名		性別		介護度					
生年月日	大・昭 年 月 日生	電話番号	()						
住所	〒 松阪市 町 番地								
購入費総額	円	販売予定日							
		年 月 日							
内 訳	特定福祉用具 (種目及び商品名)	製造事業者名	販売金額						
			円						
			円						
※選択制の福祉用具(固定用スロープ、歩行器、単点杖、多点杖)を購入される場合のみ 上の福祉用具を貸与ではなく購入を選択するうえで、事前に福祉用具専門相談員ま たはケアマネジャーから購入にあたるメリット、デメリット等の情報を被保険者に提供 し、そのことを理解してもらいました。								事業者チェック欄	
販売事業者	〒		電話番号 ()						
	住所 事業者名 代表者名	FAX番号 ()							

事前協議の内容に対して下記の通り回答します。

年 月 日

市記入欄及び回答

松阪市健康福祉部介護保険課

保険対象購入費	
保険対象購入と ならないもの	

確認欄

課長	主幹	係長	主任	担当

保	納	実	連絡

注 意

この事前(変更)協議書に、下記の書類等を添付してください。

◎見積書

◎給付対象種目であることが確認できるパンフレット等

(福祉用具が必要な理由)

(作成日) 年 月 日

(作成者)

(作成者連絡先) ()

①被保険者の心身の状況

②日常生活動作の状況

③必要な福祉用具種別：()

選定理由： ※選定された福祉用具に、最小限の機能以上の機能(折りたたみ機能など)がある場合は、必要とする理由を詳しくお書きください。