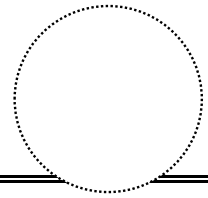


福祉用具購入事前確認票



年 月 日

被保険者番号	0	0	0							
被保険者氏名	※市記入欄									
事業所番号										
居宅介護支援事業所等名	TEL —									
介護支援専門員等氏名										
事業所番号										
福祉用具販売事業所名	※正式な指定販売事業所名をご記入ください。									
要介護度等	申請中・支援1・支援2 介1・介2・介3・介4・介5 ※新規申請中の場合、本申請受付は要介護認定後となります。									
	在宅・入院入所中 ※入院入所中の場合、本申請受付は退院退所後となります。									
福祉用具が必要な理由 (具体的な疾病名と身体状況の詳細)	<input type="checkbox"/> 洋式便座(和→洋)【11】 <input type="checkbox"/> 補高便座(洋式便座の高さを補う)【12】 <input type="checkbox"/> 昇降機能付き便座【13】 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ【14】 <input type="checkbox"/> 便座の底上げ部材【15】 <input type="checkbox"/> 入浴用いす【31】 <input type="checkbox"/> 浴槽用手すり【32】 <input type="checkbox"/> 浴槽内いす【33】 <input type="checkbox"/> 入浴台(バスボード)【34】 <input type="checkbox"/> 浴室内すのこ【35】 <input type="checkbox"/> 浴槽内すのこ【36】 <input type="checkbox"/> 入浴用介助ベルト【37】 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽【41】 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分【51】 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品【61】 ※【】内は松山市の処理コードです。									

※被保険者氏名は、電話にて確認いたします。

【松山市記入欄】

購入実績	年 月
	年 月
	年 月
備考	
確認結果(確認者)	可・不可 ()