

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給事前申請書

フリガナ	アヅミノ タロウ	保険者番号					2	0	2	2	0	0	
被保険者氏名	安曇野 太郎	被保険者番号	0	0	0								
		生年月日	昭和 10 年 4 月 1 日										
要介護度等	要介護 1	認定有効期間	令和●年 4 月 1 日 ～ 令和■年 3 月 31 日										
住 所	〒399-8281 安曇野市豊科 6000 番地 電話番号 0263-71-2000												
購入したい 福祉用具の 情 報	製 品 名	4 点杖 AZ 2 0 0 0											
	製造事業者名	アヅミノ製品(株)											
当該福祉用具 が必要な身体 の 状 況	利用者の身体状況（主な介護者や他のサービス利用状況の記載も含むと望ましい）や 解決すべき課題（困っていること）、目指す目標（日常生活を変えたい）を記載したう えで、当該福祉用具を導入する目的や効果を具体的に記載して下さい。 書ききれない場合は、別紙に記載いただいても結構です。												
購 入 を 選 択 し た 理 由	・今までは貸与していたが、今後も継続して利用することが見込まれるため ・身体状況が安定しており長期間の利用が見込まれるため												

(添付書類)

- ・購入する福祉用具の情報が確認できる書類（商品のカタログ等）
- ・福祉用具サービス計画書

審 査 結 果 の 連 絡 先	担当者氏名	豊科 次郎	電話番号	0263-71-●●●●
	事業所名 及び住所	安曇野福祉用具販売（株） 安曇野市豊科●●番地		

安曇野市記入欄

年 月 日 上記内容の給付を（ 可 ・ 不可 ）としたい。

(給付不可の場合はその理由を記入)

課 長	係 長	係	担 当