令和　　年　　月　　日

邑 楽 町 長　あて
（福 祉 介 護 課）

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿　FAX＿＿＿＿＿＿＿＿
介護支援専門員＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
邑楽町包括支援センター＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

福祉用具購入に係る意見具申

標記の件について、福祉用具購入を希望するための申し出がありましたので、介護支援専門員としての意見を具申いたします。

被保険者氏名		被保険者番号	00000
生年月日	大 ・ 昭　　年　月　日	電話番号	
住　所	邑楽町大字		
要介護度	要支援 １ ・ ２　　要介護 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５		

※添付書類　①居宅サービス計画または福祉用具サービス計画　②見積書
③パンフレットの写し等　④排泄予測支援機器購入時は確認調書

福祉用具名（商品名）	製造事業者名 販売事業者	購入金額	購入予定日
		円	令和　年　月　日
		円	令和　年　月　日
		円	令和　年　月　日
合計金額			

※必要とする理由（具体的に記入のこと）

利用実績等	

福祉用具購入に係る承認（不承認）決定通知書

上記確認の結果　□承認する　□承認しない　□一部承認する　ことに決定いたしました。

理　由（承認しない、一部承認）

令和　　年　　月　　日
邑楽町長　橋 本 光 規
（福 祉 介 護 課）

承認番号