

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	明・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査

福祉用具名 (商品名)	製造事業者名	購入金額	購入予定日
	販売事業者		
		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。

令和 年 月 日

理 由 (承認しない、一部承認)

邑楽町長 橋 本 光 規
(福祉介護課)

承認番号