

くすのき広域連合介護保険福祉用具購入を要する意見書

くすのき広域連合長 様

下記被保険者の介護保険に係る福祉用具購入について、次のとおり意見を表明します。

	記入年月日	年 月 日
記入者氏名	本人との関係	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー
所属機関名		その他()
住所	〒	
		電話

福祉用具購入にあたり関与した福祉用具専門相談員		氏 名	
事業所名		資 格	

被保険者番号	0	0							
被保険者氏名									

■ **福祉用具を必要とする理由** ※必要な品目をチェックし、種目ごとに必ずご記入ください。

<input type="checkbox"/>	1 腰掛便座	<input type="checkbox"/> 1 据置式便座 <input type="checkbox"/> 2 補高便座 <input type="checkbox"/> 3 昇降便座 <input type="checkbox"/> 4 ポータブルトイレ	
<input type="checkbox"/>	2 自動排泄処理装置の交換可能部品		
<input type="checkbox"/>	3 入浴補助用具	<input type="checkbox"/> 1 入浴用いす <input type="checkbox"/> 2 浴槽用手すり <input type="checkbox"/> 3 浴槽内いす <input type="checkbox"/> 4 入浴台 <input type="checkbox"/> 5 浴室内すのこ <input type="checkbox"/> 6 浴槽内すのこ <input type="checkbox"/> 7 入浴用介助ベルト	
<input type="checkbox"/>	4 簡易浴槽		
<input type="checkbox"/>	5 移動用リフトのつり具の部分		

■ **福祉用具購入に要する費用**

購入費用総額		介護保険給付額		被保険者自己負担額
	-		=	
円		円		円

※同じ種目や品目の福祉用具を複数購入することはできません。
 ※破損等により再購入する場合は、破損原因や再購入しなければならない理由も記入してください。
 ※購入済み用具や給付限度額(残額)が判らない場合は、各支所にお問い合わせください。