

## 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入事前協議書

被 保 険 者	被保険者番号								生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	氏名								印	性別	男・女			
	住所	南大隅町								要介護状態区分				
		電話番号								—				
居宅介護支援事業所名									介護支援専門員			印		

令和 年 月 日

下記の理由により、福祉用具が必要ですので、関係書類を添付して事前協議します。

福祉用具名	販売事業所	見積金額	購入予定日
		円	令和 年 月 日
		円	令和 年 月 日
		円	令和 年 月 日

福祉用具が必要な理由

南大隅町記入欄	介護福祉課						添付書類等の確認	
	決  裁	課長	課長 補佐	主幹	係長	係	<input type="checkbox"/> ケアプランの写し	<input type="checkbox"/> カタログの写し
令和 年 月 日							<input type="checkbox"/> 見積書の写し(3万円以上は2者以上)	<input type="checkbox"/> 指定業者の事前確認
							事前確認日	確認参加者氏名
							令和 年 月 日	