

赤字（太字）部分を記入
してください。

介護居宅介護（支援）福祉用具購入事前協議書

小千谷市長 宛

被 保 険 者	フリガナ	オチヤ タロウ	被保険者番号	01234
	氏 名	小千谷 太郎	生 年 月 日	S20 年 1 月 1日
	住 所	〒947-0028 小千谷市城内〇丁目△番□号		

協 議 者	事業所名	〇〇株式会社	住 所	〒947-0028 小千谷市城内△-□
	氏 名	城内 花子	連 絡 先	0258-××-××××
	資 格	☒ 介護支援専門員 ☐ 福祉用具専門相談員 ☐ その他（ ）		

下記の理由により、同一品目の福祉用具が必要です。関係書類を添付して事前協議します。

福祉用具名	製造業者名	販売事業者名	見積金額	前回購入日
シャワーチェア	株式会社■■■	〇〇株式会社	3,456 円	H20/3/1
◆介護の必要の程度				
※被保険者の現在の身体状況や介護状況				
◆同一品目の福祉用具が必要となった理由				
※破損原因				
※介護の必要の程度が高くなった理由（前回購入時と比べて身体状況や介護状況の変化）				
※災害を原因とする紛失や家屋倒壊などによる破損 ※転居等による住宅環境の変化				

添付書類 ①見積書 ②カタログ・パンフレットの写し

③前回購入した福祉用具の現状の写真（破損または居住環境変化の場合のみ）

破損個所が確認できるもの、居住環境の変化によりサイズが支障
となる場合はその様子が確認できるものを添付してください。

小千谷市処理欄

上記を確認した結果、【 ☐承認する ☐承認しない 】ことに決定しました。

備考：

記入不要

※上記の事前協議書（赤字部分）は適宜改行しても構いませんが、
1 ページに収まるように注意してください。

月 日

長 宮崎悦男

福祉用具購入事前協議書

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係 員	起案	・	・	公印使用	発 送
					決裁	・	・	省略	
					発送	・	・		