

福祉用具貸与における同一品目の複数利用に係る確認票

フリガナ		被保険者番号									
被 保 険 者 名											
住 所		〒 ー									
生 年 月 日		(歳)					性 別		○ 男 ・ ○ 女		
本 人 の 状 況		要介護状態区分									
福祉用具の 種類 (該当品目に○)		歩行器									
		補助杖									
		車いす又は車いす付属品									
		特殊寝台付属品									
複数利用が 必要な理由		注) 詳細は、ケアプラン及びサービス担当者会議の要点に記載すること。									
添付書類		☐ 介護予防サービス・支援計画書の写し					☐ 福祉用具のパンフレット又はカタログ				
		☐ サービス担当者会議の記録の写し					☐				
みよし市長 様											
上記のとおり、福祉用具貸与を計画に位置付けましたので、確認をお願いします。											
年 月 日											
指定居宅介護（介護予防）支援事業所名											
担当者氏名											
連絡先											

※みよし市記入

判断要件の適否		算定の可否	可 ・ 否
計画の位置づけ	可 ・ 否	不可の理由	
サービス担当者会議	可 ・ 否		

上記の申請について、別紙のとおり通知してよろしいか。

課長	副主幹	主任主査	担当	起案者

起案	
決裁	