

福祉用具貸与に係るケアマネジメント確認書

令和 年 月 日

1 被保険者情報

1	被 保 険 者 氏 名	被保険者番号													
		要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1												
			<input type="checkbox"/> 認定申請中（申請日 年 月 日）												
2	種 類	<input type="checkbox"/> 車椅子（ <input type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用 <input type="checkbox"/> 電動）								<input type="checkbox"/> 移動用リフト					
3	添 付 書 類	<input type="checkbox"/>	様式2（算定可否の判断基準チェック表）												
		<input type="checkbox"/>	居宅サービス計画書（第1表、第2表）又は介護予防サービス・支援計画書												
		<input type="checkbox"/>	サービス担当者会議の記録（第4表、第5表）又は介護予防支援経過記録												
		<input type="checkbox"/>	その他判断に必要な書類（ ）												
4	サービス担当者会議開催日	令和 年 月 日													

2 本人の状況

3 当該福祉用具が必要な理由

※日常生活範囲における移動の支援を特に必要とする理由又は生活環境において段差の解消が必要と認められる理由を具体的に記載すること