

介護保険 介護(予防)福祉用具貸与利用に関する被保険者の状況確認書

年 月 日

指定居宅介護(予防)支援事業者名			担当介護支援専門員氏名	
事業者番号				
被保険者氏名	フリガナ		保険者	122234 鴨川市
			被保険者番号	
生年月日	明・大・昭	年	月	日
住 所	〒		性別	男・女
	電話番号			
要介護状態区分	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1			
認定有効期間	年 月 日 から		年 月 日	
被保険者の身体状況及び介護サービス利用状況				
被保険者の家庭状況及び生活環境等				
サービス担当者会議の開催日	年 月 日			
貸与予定の福祉用具				
医師の意見の確認書類	主治医意見書 ・ 診断書 ・ その他 書類の写しを添付			
サービス担当者会議の意見及び貸与が必要と認めた理由				
次回サービス担当者会議予定	年 月(前回サービス担当者会議開催から概ね6ヶ月以内)			