

サービス利用受付票

No. 三豊市

対象者氏名	提出年月日	令和 年 月 日
	回答希望年月日	令和 年 月 日
	回答年月日	令和 年 月 日
被保険者番号	要介護状態区分	支1・支2・介1・2・3・4・5・申請中
事業所・ケアマネ氏名	電話:	

サービス種類	○	内容等	備考	
1 福祉用具貸与 添付書類: カタログの写し、プラン		車椅子・付属品		
		特殊寝台・付属品		
		床ずれ防止用具及び体位変換器		介2以上
		認知症老人徘徊感知機器		
		移動用リフト(つり具の部分除く)		
		自動排泄処理装置		介4・5
		手すり(工事をともなわないもの)		
2 福祉用具購入 添付書類: カタログの写し(金額) プラン(単独のみなら不要)		腰掛便座	※必須 購入した指定事業所名	
		自動排泄処理装置の交換可能部品		
		排泄予測支援機器		
		入浴補助用具		①入浴用いす
				②浴槽用手すり
				③浴槽内いす
				④入浴台
				⑤浴室内すのこ
				⑥浴槽内すのこ
				⑦入浴用介助ベルト
	簡易浴槽			
	移動用リフトのつり具の部分			
	その他( )			
3 住宅改修 添付書類: 理由書、図面、写真(撮影日入)、見積書、 カタログ写し、プラン(単独のみなら不要)		手すり		
		段差解消		
		床又は通路面の材料の変更		
		引き戸等への扉の取替え		
		洋式便器等への取替え		
		その他( )		
4	訪問介護 添付書類: プラン			
5	介護タクシー 添付書類: プラン			
6	その他 添付書類: プラン			

本人・家族の介護状況や希望等を踏まえたケアマネジャーの意向

※ 長寿介護課使用欄

点検	有 ・ 無
修正	有 ・ 無

Gリーダー	事務	保健師	担当

※ 本人・家族等の状態像からサービス提供の可否を判断しています。資格、支給限度額等、その他の条件についてはケアマネジャーが確認をお願いします。