

サービス利用受付票

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		
		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		
		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) どちらかに○印をつけてください。 受領委任払 償還払		腰掛便座	(購入予定の指定事業所) ※必須	
		特殊尿器		
		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			
	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) どちらかに○印をつけてください。 受領委任払 償還払		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り替え		
		洋式便器等への取り替え		
	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ージャーの意向

※ 介護保険課使用欄

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ージャーさんが確認をお願いします。