

# 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:					

No.	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	※必須 購入した指定事業所名	
			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)		
			スロープ(工事をともなわないもの)		
			歩行器、歩行補助つえ		
			その他( )		
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		
			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
			固定用スロープ		
			歩行器(歩行車は除く)		
	歩行補助つえ(松葉杖を除く)				
	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り替え		
			洋式便器等への取り替え		
			その他( )		
	どちらかを○印で 囲んでください	受領委任払			
		償還払			
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

※ 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ジャーさんが確認をお願いします。