

新 規 · 更 新

フリガナ			保険者 番号			1	1	2	0	9	4
被保険者氏名			被保険 者番号								
生年月日	大正・昭和 年 月 日 生		電話番号								
住所	〒 -										
貸与開始日	令和 年 月 日		介護 度	要支援 1	要支援 2		要介護 1				
認定有効期間	令和 年 月 日 ～ 年 月 日										

<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 特殊寝台	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器
<input type="checkbox"/> 車いす付属品	<input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 移動用リフト

福祉用具 が必要な 理由	

添付書類 (②～⑥はコピー可)	【計画担当】
① 担当医師の意見等 (原本)	ケアマネジャー
→省略 □ 審査会での意見付記あり	事業者 名称
② 認定調査票・主治医意見書	事業者 電話番号
③ ケアプラン(1・2・3表)	住 所
④ サービス担当者会議の記録	【福祉用具担当】
⑤ 福祉用具のパンフレット	担当者
⑥ その他	事業者 名 称
()	住 所

次回、サービス担当者会議開催予定日			
令和	年	月	日

〈飯能市記入欄〉	担当	保健師	リーダー	課長