

介護保険 居宅介護・介護予防 福祉用具購入費支給申請に伴う使用状況確認書

被保険者氏名	佐賀 太郎		
	項目	どちらかに○	
1	<p>福祉用具を使用している場所は被保険者証に記載されている住所地と同じですか。</p> <p>※異なる場合は、 ①下欄に使用場所の記載をお願いします。 ②用具の写真及び使用場所の見取り図を添付して下さい。</p> <p style="text-align: center;"><u>佐賀市松原四丁目2番28号(子の家)</u></p>	同じ	<input checked="" type="checkbox"/> 異なる
2	<p>入院中・入所中の購入ではありませんか。 (入院中・入所中の購入は支給対象外となります。)</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅	入院 ・ 入所中
3	<p>被保険者及び家族等に対し使用方法の説明、用具の高さ調整等を行いましたか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> はい	いいえ
4	<p>被保険者が実際に使用されていることを確認しましたか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<p>確認日 4/1</p> <p>いいえ</p>

以上確認しました。

事業所名 中部居宅介護支援事業所

ケアマネージャーの氏名 佐賀 花子