

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	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。 ①異なる場合は、下欄に使用場所の記載をお願いします。 ②有料老人ホーム等の施設の場合は、用具の写真及び使用場所の見取り図を添付して下さい。 <u>佐賀市白山二丁目1番12号(子の家)</u>	同じ	異なる
2	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。)	在宅	入院 ・ 入所中
3	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。	はい	いいえ
4	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。	はい	確認日 4/1 いいえ

以上確認しました。

事業所名 中部居宅介護支援事業所

ケアマネジャーの氏名 佐賀 花子