

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 (記入例)

申請者（被保険者）氏名		佐賀 太郎	
No.	項目	該当する方に○	
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。 ※被保険者証の住所地と違う場合、下記に使用場所を記載してください。  <u>佐賀市白山二丁目1番12号（子の家）</u>	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
2	入院・入所中の購入ではありませんか。 ※入院・入所中の購入は支給対象外となります。	<input checked="" type="radio"/> はい	いいえ
3	被保険者および家族等に対し、使用方法の説明を行い、必要に応じ用具の高さ調整等を行いましたか。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> はい	いいえ
5	確認日を記載してください。	R8 年 1 月 8 日	
6	確認日が購入日（領収証記載日）より前の場合、納品日を記載してください。	R8 年 1 月 5 日	

以上、確認しました。

確認者

担当ケアマネジャーがい  
ない場合は、親族等でも可

事業所名 中部居宅介護支援事業所

氏名 佐賀 花子

申請者との関係 ケアマネジャー

※作成時の注意点

- ① 6の納品日について、確認日が購入日の同日以降であれば記載は不要です。
- ② 確認者については、担当ケアマネジャーが記入してください。担当ケアマネジャーがいない場合は、申請者親族が記入してください。