

五條市 選択制の対象福祉用具の購入申請における確認シート

選択制の対象福祉用具の購入について、福祉用具の適時・適切な利用、利用者の安全を確保する観点から、

被保険者氏名： _____様

【本人・家族 _____ ・ その他 (_____)】

に下記の対応をすべて行いました。

介護保険を利用した購入と貸与の選択はできるが、併用ができないことの説明

利用者の選択に当たって必要な情報の提供

購入選択の場合、著しい身体状況の変化等がない限り、原則同一品目の再購入・貸与ができないことの説明

医師や専門職の意見、利用者の心身状況等を踏まえた事案であること

また、上記の対応について、下記の書類に記録しました。

特定福祉用具販売計画書

福祉用具モニタリングシート

サービス担当者会議の要点

居宅介護支援経過

その他 (_____)

※必要に応じて記録の写しを求める場合があります。

申 請 年 月 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

担当介護支援専門員 事業所名 _____

がいる場合 (署名)

氏 名 _____

福祉用具専門相談員 事業所名 _____

(署名)

氏 名 _____