

介護保険 軽度者に係る福祉用具貸与協議書

令和 年 月 日

美幌町福祉部保健福祉課
(高齢介護グループ) 様

事業所住所：
事業所名：
担当支援専門員：
電話番号：

下記被保険者の指定福祉用具貸与に伴い、介護保険適用の可否について協議いたします。

保険者番号	○ ○ ○ ○	介護度	
フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
住所			
貸与品名			
貸与を必要とする理由			

添付書類

- 医師の医学的な所見を示す書類
- 認定調査票（写し）
- サービス担当者会議録
- その他（ ）