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 | ０ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  | 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　（ ）