

車椅子等支給に係る介護保険調査書

調査年月日	年 月 日
-------	-------

氏 名		男・女	年 月 日 生	歳
要 介 護 状 態	<input type="checkbox"/> 第1号被保険者 <input type="checkbox"/> 第2号被保険者 (疾病名) <input type="checkbox"/> 非該当			
	要 介 護 (支援)区分		認 定 年 月 日	年 月 日
車椅子の名称(型式)				
生 活 状 況	居住区分	1 在宅 2 施設 (施設名)		
		3 その他 ()		
	同居者 (主たる介護 者に◎)			
	要介助 の状態	1 全介助 2 一部介助 [] (自立可能な日常生活動作:)		
	[その他参考事項]			
介護保険での車椅子の貸与が出来ない理由又は施設の備品の車椅子では対応出来ない理由	[介護保険の既製品の貸与又は施設の備品の利用の検討をした結果に基づき、貸与出来ない理由を記入]			

所属		氏名	
----	--	----	--

注1 本調査書は、介護支援専門員が記入すること。

注2 介護保険の認定を受けた在宅者又は介護保険施設入所者等で、障害者総合支援法により車椅子又は電動車椅子を申請する場合に提出すること。