

介護保険に係る調査書

介護保険対象者が、介護保険貸与対象補装具を補装具費支給申請する場合、下記により介護保険で貸与される補装具では対応できないことを確認のうえ、判定依頼を行ってください。

氏名						
生年月日	M・T・S・H	年	月	日(才)	性別	男・女
住所						
1 被保険者区分	<input type="checkbox"/> 第1号保険者 <input type="checkbox"/> 第2号保険者 (疾患名)					
2 生活保護受給有無	(有 無)					
3 要介護区分	<input type="checkbox"/> 非該当 (非該当通知等の写しを添付) <input type="checkbox"/> 該当 (認定日 平成 年 月 日、有効期限 平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					
4 居住地区分	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設入所 (施設名) <input type="checkbox"/> その他 ()					
5 介護保険で貸与される補装具では対応できない理由等						
調査年月日	令和 年 月 日	市町村名・所属 担当者名				