

軽度者への福祉用具貸与の判断理由報告書

平成 年 月 日

居宅介護支援事業所名 _____

介護支援専門員名 _____

被保険者氏名		被保険者番号	
福祉用具種目	ア) 車いす及び車いす付属品 (二) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者 オ) 移動用リフト（つり具の部分を除く） (三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者		
介護度	要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1		
サービス担当者 会議等実施日	平成	年	月 日（ 曜日）
出席者			
判断理由等			

添付書類：①ケアプラン1表2表（介護予防ケアプラン）（写）

②サービス担当者会議の記録（写）