別添１

福祉用具購入費及び住宅改修費支給申請における利用者の状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 氏　名　 |  |
| 要介護認定 | 要支援　１ ・ ２　要介護　１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ |
| 入院期間及び入所期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日入院・入所中（退院・退所予定日）　　年　　　月　　　日 |
| 被保険者の現在の状況及び介護者の支援有無 |  |
| 今後について | 在宅での生活可能である　・　施設入所等検討有　 |
| 介護予防・居宅介護支援事業所との契約 | 有　　　　・　　　　無 |
| 介護予防・居宅介護支援事業所 |  | 福祉用具購入及び住宅改修情報共有の有無 | 　　有　　無 |
| 担当ケアマネ |  |
| 備　　　考 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入例

別添１

住宅改修費支給申請における利用者の状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | ○○○○〇〇〇〇 | 氏　名　 | 三芳　花子 |
| 要介護認定 | 要支援　１ ・ ２　要介護　１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ |
| 入院期間及び入所期間 | ○○年○○月○○日　～　　○○年○○月○○日又は入院・入所中（退院・退所予定日）○○年○○月○○日 |
| 被保険者の現在の状況及び介護者の支援有無 | ○○〇（疾病名）により上記機関入院、リハビリを経て退院となる。入院期間中の認定調査により要介護４も判定となる。リハビリにより状態回復したことで、在宅での生活が可能となった。家族と同居（または、週に〇日○○の訪問有）家族により○○等の介助あり又は独居(家族なし・家族遠方)により家族支援なし。* 在宅での生活ができる状態にあるのかの状況を記載ください。
 |
| 今後について | 在宅での生活可能である　・　施設入所等検討有　 |
| 介護予防・居宅介護支援事業所との契約 | 有　　　　・　　　　無 |
| 介護予防・居宅介護支援事業所 | ○○○○居宅介護支援事業所 | 福祉用具購入及び住宅改修情報共有の有無 | 　　有　　無 |
| 担当ケアマネ | 　　○○　○○ |
| 備　　　考 |  |