

介護保険対象者用 補装具調査票

(介護保険法が適用される者用)

※介護保険の対象となる方で、介護保険と共通する品目の補装具（車椅子、電動車椅子、歩行器、歩行補助つえ）の支給を希望する場合に記載すること。

氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)
住所			
現在地	☐ 在宅 ☐ 施設 ☐ 病院 ☐ その他 () (施設等であれば、所在地及び種別名称を記載のこと) 所在地 種別・名称		
介護保険認定状況	☐ 要介護 ☐ 要支援 ☐ 自立 ☐ 未認定 (要介護度 I II III IV V)		
介護保険福祉用具 の検討状況 (複数回答可)	検討者 ☐ 市町村関係者 ☐ 介護保険関係者 ☐ 医療関係者 ☐ 施設関係者 ☐ 業者関係者 ☐ その他 () ☐ 特に検討していない	オーダーメイド等が必要な理由 介護保険の福祉用具では ☐ 身体に合わない 具体的に ☐ 使用環境から合わない 具体的に ☐ その他 具体的に	
生活保護受給の有無	有 ・ 無		
市町所管課 の意見	☐ 補装具費を支給することは適当 ☐ 補装具費を支給することは不適当 ☐ どちらとも言えない ☐ その他		
令和 年 月 日 市 町 名 担当者名			