＜参考様式＞

介護保険適用に係わる調査書（車椅子等）

|  |
| --- |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 身長　　　　　㎝　体重　　　　　　㎏　　要介護認定の申請（　あり　・　なし　） |
| 介護認定の結果（非該当・要支援　１・２　要介護　１・２・３・４・５）  　直近の認定日（　　　　年　　　月） |
| 希望補装具 |
| 現在の車椅子等の利用状況について   1. 車椅子等の利用　（　有　・　無　） 2. 車椅子等の入手経路   補装具費支給・介護保険法による貸与・自費購入・その他（　　　　　　　　　）   1. 車椅子の型式   普通型・手押し型・電動車椅子・その他（　　　　　　　　　　） |
| ○介護保険対応の福祉用具（車椅子・電動車椅子等）の適用に係る具体的検討  ①　車椅子等の試乗　　（　有　・　無　）  注）無の場合、試乗等をしていただき、まず介護保険での対応をご検討ください。   1. 試乗した車椅子等の形式   普通型・手押し型・電動車椅子・その他（　　　　　　　　　　　　）   1. 試乗した車椅子等のメーカー、型番、寸法（シート幅、シート高）等   ○介護保険の福祉用具貸与で対応が困難な状況（オーダーメイドの補装具が必要な理由）  注）介護保険の福祉用具の使用結果や身体に合わない部分を具体的に記入してください。 |
| 調査年月日　　　　　　年　　月　　日　　市町村名  調査者氏名（　介護保険担当・補装具担当・ケアマネ　）氏名 |

障害者総合支援法の補装具費支給制度と介護保険貸与で共通している福祉用具「車椅子・電動車椅子・歩行器・歩行補助つえ」は原則として介護保険貸与が優先となっています。

　介護保険の貸与を利用することで、介護保険サービスの上限を超えるとの理由においても介護保険貸与が優先となります。