

# ふくせん 福祉用具サービス計画書(利用計画)

管理番号

フリガナ		性別	生年月日	年齢	要介護度	認定期間
利用者名	様		M・T・S 年 月 日			～
居宅介護 支援事業所					担当ケアマネジャー	

生活全般の解決すべき課題・ニーズ (福祉用具が必要な理由)	福祉用具利用目標

選定福祉用具(レンタル・販売)			( / 枚)
	品目	単位数	選定理由
	機種(型式)		
①			
②			
③			
④			
⑤			
⑥			
⑦			
⑧			

**留意事項**

<input type="checkbox"/> 私は、貸与の候補となる福祉用具の全国平均貸与価格等の説明を受けました。 <input type="checkbox"/> 私は、貸与の候補となる機能や価格の異なる複数の福祉用具の提示を受けました。 <input type="checkbox"/> 私は、福祉用具サービス計画の内容について説明を受け、内容に同意し、計画書の交付を受けました。	日付	年 月 日
	署名	
	(続柄)代筆者名	( )

事業所名		福祉用具専門相談員	
住所	TEL	FAX	