指定(介護予防)福祉用具貸与理由書

かつらぎ町長　様

医師の医学的所見に基づき、下記利用者の居宅(介護予防)サービス計画に指定(介護予防)福祉用具貸与を位置づけることについて、以下のとおり申出します。

年　　月　　日

居宅介護 (介護予防) 支援事業者名			担当者氏名　㊞	
被保険者	氏　名		被保険者番号	
	住所	〒　　－　　電話(　　)		
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日 (　　歳)		
	介護度	・申請中　・要支援1　・要支援2　・要介護1　(・要介護2　・要介護3　※対象品目が7の場合)		
	有効期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
必要な貸与品目		1 車いす及び車いす付属品　2 特殊寝台及び特殊寝台付属品 3 床ずれ防止用具　4 体位変換器 5 移動用リフト(つり具の部分を除く)　6 認知症老人徘徊感知器 7 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引するものを除く)		
主 治 医		医療機関名　　氏名		
主治医意見確認日		年　　月　　日		
例外的貸与基準の該当性	i	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に告示に定める福祉用具が必要な状態に該当する者		
	ii	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者		
	iii	疾病その他の原因により、身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者		
主治医の所見		【 原因となる疾病等 】 【 当該利用者の具体的状態像 】		

【 添 付 書 類 確 認 】

☐　指定(介護予防)福祉用具貸与理由書(医学的な所見が分かる書類)

☐　居宅サービス計画書 (1)・(2)　☐　サービス担当者会議の要点

☐　福祉用具サービス計画書

	基本調査票の確認	保険給付開始日	決　　裁
上記の件について、申出のありました福祉用具貸与について、その必要性を確認しました。	有　・　無	年　　月　　日	
		決定日	
		年　　月　　日	

【 事 務 処 理 欄 】

当該福祉用具について、貸与を　承認　・　不承認　としてよろしいかお伺いします。

課　長	補　佐	係　長	係	合　　議

担当者への連絡　　年　　月　　日 (　　)