

指定福祉用具・介護予防福祉用具貸与理由書

熊取町長 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福祉用具・介護予防福祉用具貸与を位置付けることについて、以下のとおり届出します。

_____年 ____月 ____日

居宅介護（介護予防）支援事業者名 _____

担当者名 _____

| | | | |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--|
| 被保険者番号 | | 被保険者氏名 | |
| 住 所 | 〒 _____ _____ 電話（ _____ ） | | |
| 生年月日 | M・T・S 年 月 日（ 歳） | | |
| 要介護度等 | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護（ _____ ） | | |
| 認定有効期間 | _____年 ____月 ____日 ~ _____年 ____月 ____日 | | |
| 認定調査実施日 | _____年 ____月 ____日 | | |

【必要な福祉用具の種類】 ※必要な貸与品目に○を付けること。

| | | | |
|--|----------------|--|-------------|
| | 車いす及び車いす付属品 | | 認知症老人徘徊感知機器 |
| | 特殊寝台及び特殊寝台付属品 | | 移動用リフト |
| | 床ずれ防止用具及び体位変換器 | | 自動排泄処理装置 |

【医師の医学的所見／サービス担当者会議の開催状況等】

| | | |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 医師の医学的所見 ※原因となる疾病名及び具体的状態像については、診断書等の添付に替えても可 | 主治医名 | |
| | 医療機関名 | |
| | 【例外的貸与基準の該当性】 ※該当するものにチェックすること <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間によって、頻繁に利用者等告示第三十一号のイに該当する者 <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第三十一号のイに該当することが確実に見込まれる者 <input type="checkbox"/> 疾病その他の要因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から利用者等告示第三十一号のイに該当すると判断される者 【原因となる疾病等】 【当該利用者の具体的状態像】 | |

