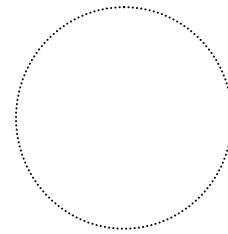


指定（介護予防）福祉用具貸与理由書

作成日

年 月 日



和泉市長 宛

医師の医学的所見等に基づき、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付けることについて申し出ます。

事業者名

居宅介護（介護予防）支援事業所名

住所 〒

連絡先

代表者名

（作成者名

）
※代表者が自署しない場合は、記名押印をしてください。

基本情報

被保険者	氏名	被保険者番号											
	住所												
	要介護度	<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2 <input type="checkbox"/> 要介護3	生年月日	年	月	日	認定有効期間	年	月	日	～	年	月

必要な福祉用具の種類（該当する口にチェック）

<input type="checkbox"/>	車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/>	認知症老人徘徊感知機器
<input type="checkbox"/>	特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/>	移動用リフト（つり具の部分を除く）
<input type="checkbox"/>	床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	自動排泄処理装置
<input type="checkbox"/>	体位変換器	<input type="checkbox"/>	

医師の医学的所見（該当する口にチェック）

医師の医学的所見	主治医名											
	医療機関名											
	医師の医学的所見の確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師連絡（医師への聴取日 年 月 日） <input type="checkbox"/> 診断書等 <input type="checkbox"/> その他（ ）										
	【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帯によって、頻繁に利用者等告示第31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31号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者										
	<input type="checkbox"/>	疾病その他の原因により、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31号のイに該当すると判断できる者										
【原因となる疾病等】												
【当該利用者の具体的状態像】												

※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

サービス担当者会議の開催状況等

家族による介護・支援の状況	
サービス担当者会議の意見	【サービス担当者会議開催日】 年 月 日
	【サービス担当者会議出席者】※出席には書面による照会回答分も含む。 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族、同居人 <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 福祉用具相談員 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成担当者 <input type="checkbox"/> サービス提供事業者 <input type="checkbox"/> その他()
	【サービス担当者の意見の集約】
	【本人・家族の意向】
主治医から得た情報やサービス担当者会議等の結果を踏まえたケアプラン作成担当者の意見	

【添付書類】

要介護：居宅サービス計画書(1)(2)(写)・サービス担当者会議の要点(写)

要支援：介護予防サービス・支援計画書(1)(2)(写)、介護予防支援経過記録(サービス担当者会議の要点含む)(写)

上記の福祉用具について貸与を

承認 ・ 不承認 とします。

年 月 日

高齢介護室長 ㊞

- (注) 1. 本理由は、例外給付品目の変更及び追加が生じた場合、あるいは認定の更新、要支援・要介護状態区分の変更があった場合には、再度作成し提出すること。
2. 本理由は、市に提出するとともに、その写し(市確認後の写し)をサービス担当者会議の記録とともに、居宅介護(介護予防)支援事業所において保管してください。