

指定(介護予防)福祉用具貸与理由書

吹田市長 宛

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									
代表者名						担当者名			
被保険者番号	0 0 0							被保険者氏名	
生年月日	明・大・昭 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								
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
必要な福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置								
添付する医学的所見	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与に関する情報提供書 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 主治医意見書(特記事項欄)								
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								
	【ケアプラン作成担当者】 所属事業所名() 氏名() (注) ケアプラン作成担当者は、要支援者でケアプランの原案作成を委託している場合は、委託先のケアマネジャーについて記載すること								
	【サービス担当者会議出席者】 <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()								
	【福祉用具相談員の意見】 所属事業所名() 氏名()								
	【サービス担当者の意見の要約】 								
	【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									

(注)

- 1 本理由書は、認定の更新又は要支援・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 本理由書は、市に提出するとともに、そ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おくこと

市役所使用欄

決裁欄	決裁日	年 月 日	課長	課長代理	係長	係員	合議
	起案日	年 月 日					