

指定（介護予防）福祉用具貸与理由書

燕市長 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付けることについて、以下の通り提出します。

\_\_\_\_\_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"/> 経過的要介護		
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。

<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
<input type="checkbox"/>	床ずれ防止用具及び体位変換器	<input type="checkbox"/>	

【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況像については、診断書等の添付に替えても可	主治医名	_____
	医療機関名	_____
	<b>【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</b> <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状況が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に第 23 号告示第 19 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、短期間の内に第 23 号告示第 19 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第 23 号告示第 19 号のイに該当すると判断出来る者  <b>【原因となる疾病名】</b>  <b>【当該利用者の具体的状態像】</b>	

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】 氏 名 ( ) 所属事業所名 ( ) (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】  福祉用具相談員氏名 ( ) 福祉用具貸与事業所名 ( )
	【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	

【市確認欄】

確認年月日	年 月 日
確 認 印	

(注) 1. 本理由書に係る市の確認は、提出時点の福祉用具貸与に関する確認です。認定の更新又は要支援・要介護区分の変更、福祉用具貸与の項目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、市長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。