

## 指定（介護予防）福祉用具貸与理由書

堺市長 殿

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 \_\_\_\_\_）

（ \_\_\_\_\_ ） 地域包括支援センター \_\_\_\_\_（確認者名 \_\_\_\_\_）

被保険者番号		被保険者氏名	
住 所	〒 _____ 電話（ _____ ）		
生年月日	明治・大正・昭和 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2 <input type="checkbox"/> 要介護3		
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。

特殊寝台及び特殊寝台付属品 <small>（特殊寝台をお持ちでない方は付属品のための貸与はできません）</small>	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（尿のみを自動的に吸引するものを除く） <small>注）自動排泄処理装置については、要介護2、3の方も軽度者となりますので、理由書の提出が必要です。</small>
認知症老人徘徊感知機器	

**【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 _____	
	医師の医学的所見の確認方法 ※該当するものにチェックすること	<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によって、頻りに第94号告示第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、短期間のうちに第94号告示第31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第94号告示第31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】	

