

別紙

指定（介護予防）福祉用具貸与理由書

（あて先）北栄町長

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。

令和 年 月 日

居宅介護（介護予防）支援事業所名
担当者名 印

被保険者番号																被保険者氏名	
住所	〒 北栄町 電話（ ）																
生年月日	T ・ S 年 月 日（ 歳）																
要介護度等	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1																
認定有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日																
認定調査実施日	令和 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／サービス担当者会の開催状況等】

医師の医学的所見	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 ☐ 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、頻繁に第 94 号告示第 31 号のイに該当する者 ☐ 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 ☐ 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】	

