指定(介護予防)福祉用具貸与理由書

（宛先）池田市長

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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　　　　年　　　月　　　日

居宅介護（介護予防）支援事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　　－    電話（　　　　－　　　　－　　　　　） | | |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　（　　　　歳） | | |
| 要介護度 | □要支援１　□要支援２　□要介護１　　□要介護２・３（自動排泄処理装置のみ） | | |
| 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○をつけて下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 車いす及び車いす付属品 |  | 認知症老人徘徊感知器 |
|  | 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】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 【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。  ※「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」（平成27年厚生労働省告示第94号）  【原因となる疾病等】  【当該利用者の具体的状態像】 | |

【サービス担当者会議の開催状況】

|  |  |
| --- | --- |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （注）要支援者で計画原案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して下さい。 |
| 【サービス担当者会議出席者】  □本人　□家族等　□主治医　□福祉用具専門相談員　□サービス提供事業者  □計画作成担当者　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【福祉用具専門相談員の意見】  福祉用具専門相談員氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　）  福祉用具貸与事業所　　（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【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 |  |

【池田市確認欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 確認印 |  |

（注）１．本理由書は認定更新、プラン作成事業所の変更、福祉用具の追加があった場合などには再度作成のうえ、提出して下さい。（注意事項「軽度者の福祉用具貸与理由書について」も参照下さい）

　　２．本理由書は池田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あわせて居宅介護

（介護予防）支援事業所において保管して下さい。