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。