

# 介護保険指定（介護予防）福祉用具貸与理由書

相馬市長 様

医師の医学的所見に基づき、次の利用者の居宅（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 \_\_\_\_\_

事業所番号 \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_

被保険者番号																					被保険者氏名	
住所	電話番号																					
生年月日																						
要介護度等																						
認定有効期間	～																					
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。

	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

【福祉用具が必要な理由】

事例類型  I 状態の変化  II 急性憎悪  III 医師禁忌

添付書類	主治医の医学的所見が判断できるもの	相馬郡医師会管内における主治医と介護支援専門員等連携シート 医師の診断書・居宅サービス計画書（1～3表） 介護予防サービス計画書・その他（_____）
	ケアマネジメントを実施したことが判断できるもの	サービス担当者会議の要点（第4表） その他（_____）

(注) 1. 本理由書は、認定の更新又は要支援・要介護状態区分の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。