

養護老人ホーム（個人契約型）入所者に対する福祉用具貸与の理由書

フリガナ	被保険者番号						
被保険者氏名							
生年月日	年	月	日	性別	男	・	女
要介護度	認定日			年	月	日	
有効期間	年	月	日	～	年	月	日
必要な福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置						
製造業者名及び商品名	製造業者名			商品名			
添付書類	①医師の医学的所見（医療機関名・医師名・疾患名・症状/状態）に基づき判断されていることが確認できるもの（下記のいずれか1つ） <input type="checkbox"/> 主治医意見書（写し） <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点...医師が出席している場合、医師より聴取した医学的所見を記載。 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点...医師欠席の場合「検討内容」欄に医師より聴取した医学的所見を記載。 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点（医師への照会）...福祉用具の必要性だけでなく、医学的所見を記載。						
	②サービス担当者会議の要点（医学的所見が記載されている場合は、②のみ添付で可） ※サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されていることが記録（症状・状態も含む）されていること ※福祉用具専門相談員の意見が記載されていること						
八幡浜市長 様 当施設が保有する福祉用具による対応は困難であるため、上記福祉用具の貸与が特に必要であると判断します。 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 養護老人ホーム _____ 施設長 _____ </div>							
八幡浜市長 様 上記により、福祉用具貸与が特に必要であると判断したので届け出ます。 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 居宅介護（介護予防）支援事業所 _____ 介護支援専門員又は担当職員 _____ </div>							

上記福祉用具貸与が特に必要であることを確認しました。

八幡浜市長

日付入り確認印

(記載要領)

- 1 保健センター介護認定係へ、正副2通を提出すること。
- 2 本書は、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定介護予防支援事業所（地域包括支援センター）の担当職員が作成し、届け出ること。
- 3 利用を希望する福祉用具貸与品のカタログ等を添付すること。
- 4 本書記載の福祉用具貸与が特に必要であると認めた者については、届出者に日付入り確認印を押印した理由書（副本）を交付する。