

指定（介護予防）福祉用具貸与理由書

受付印

（宛先） 高槻市長

医師の医学的所見に基づき、下記利用者の居宅サービス計画（介護予防サービス・支援計画表）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

指定居宅介護

（指定介護予防）支援事業者名

所在地 〒 -

代表者名 (計画作成担当者名)

連絡先 ( ) -

【被保険者情報】

被保険者番号		被保険者氏名	
住 所	〒 -		
生年月日	M・T・S 年 月 日 ( 歳)		
要介護度等	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3		
認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
既に確認を受けている福祉用具貸与理由書の有無	有 (提出日 令和 年 月 日) ・ 無		

【必要な福祉用具の種類】

※必要な貸与品目に○を付けること。

※自動排泄処理装置は、要介護2及び3の方も理由書の提出が必要。

<input type="checkbox"/>	車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/>	認知症老人徘徊感知機器
<input type="checkbox"/>	特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/>	移動用リフト
<input type="checkbox"/>	床ずれ防止用具及び体位変換器	<input type="checkbox"/>	自動排泄処理装置

【サービス利用】

利用開始日	令和 年 月 日から利用 (予定)
-------	-------------------

【医師の医学的所見／サービス担当者会議の開催状況等】

医師の医学的所見	主治医名	
	医療機関名	
	聴取日	令和 年 月 日
	【原因となる疾病等】	
	【当該利用者の具体的状態像】	
	【例外的貸与基準の該当するものにチェックすること】 (いずれか一つ)	
	<input type="checkbox"/> I 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23号告示第21号のイに該当する者	
	<input type="checkbox"/> II 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23号告示第21号のイに該当することが確実に見込まれる者	
	<input type="checkbox"/> III 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23号告示第21号のイに該当すると判断される者	

<b>家族による 介護・支援の状況</b>	
<b>サービス 担当者会議の意見</b>	<b>【サービス担当者会議開催日】</b> 令和 年 月 日
	<b>【ケアプラン作成担当者】</b> 氏 名 ( ) 所属事業所名 ( ) (注) ケアプラン作成担当者は、要支援者でケアプランの原案作成を委託している場合は、委託先のケアマネジャーを記載すること。
	<b>【サービス担当者会議出席者】</b> (出席者にチェックをしてください。) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族、同居人 <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 福祉用具相談員 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成担当者 <input type="checkbox"/> サービス提供事業者 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<b>【本人・家族の意向】</b>
	<b>【福祉用具相談員の意見】</b>  福祉用具専門相談員氏名 ( ) 指定(介護予防)福祉用具貸与事業者名 ( )
<b>ケアプラン 作成担当者の意見</b>  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て記入してください。	(※①どのような疾病等により、②どのような症状があるか[どのような状態にあるか]、また、③用具の利用により、どのような改善が見込まれるかを、できるかぎり具体的に記入してください。この理由書の内容全体のまとめとなります。)  <b>【サービス担当者会議の意見の要約】</b>

- (注) 1. 本理由は、認定の更新又は要介護(要支援)状態区分の変更があった場合には、再度作成・提出が必要です。要介護等認定申請中に暫定で貸与利用を開始する場合は、事前にご連絡ください。また、指定居宅介護(指定介護予防)支援事業者が変更となる場合も、再度作成・提出が必要です。
2. 添付書類として、要支援1及び要支援2は「介護予防サービス・支援計画表」及び「支援経過(サービス担当者会議の記録部分)」の写し、要介護1、要介護2及び要介護3は「居宅サービス計画」第1表~第4表の写しを提出してください。(医学的な所見を確認したことがわかるもの)確認に際して、別途書類の追加を依頼する場合があります。
3. 本理由は、高槻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、指定居宅介護(指定介護予防)支援事業者において保管してください。
4. 貸与の確認適用は、原則として提出日の属する月から開始となります。

高槻市確認欄	確認年月日	令和 年 月 日	確認印
	受付番号		
	適用	令和 年 月分より 令和 年 月分まで適用	