

箕面市指定（介護予防）福祉用具貸与理由書

年 月 日

（宛先）箕面市長

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。

居宅介護（介護予防）支援事業者名

担当者名

電話番号

被保険者番号	0 0	被保険者氏名	
住所		生年月日	明治・大正・昭和 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		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
認定調査実施日	年 月 日		
利用開始（予定）日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続		

【必要な福祉用具の種類】

福祉用具名	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 車いす及び付属品 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器
-------	--

【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 *原因となる疾病名及び具体的状態像については、別添添付可	主治医名		医療機関名	
	<p>【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</p> <input type="checkbox"/> 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帯によって、頻繁に第94号告示第31号のイに該当する者 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、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			
	<p>【原因となる疾病等】</p> <p>【当該利用者の具体的状態像】</p> <p style="text-align: right;">情報提供日 年 月 日（文書・口頭）</p>			
サービス担当者会議の意見 *別添添付可				
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者の意見				

- 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、再度作成し箕面市に提出すること。
- 本理由書は、箕面市長あて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。

【箕面市記入欄】

確認日	年 月 日	福祉用具利用	要 ・ 否			
備考			室長	室長補佐	参事	担当者
次回確認	年 月					