**指定（介護予防）福祉用具貸与理由書**

　　　 年　 　月　 　日

四條畷市長　あて

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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |
| 住　　所 | 〒　　　－ |
| 生年月日 | 　　 年　　 月　　 日 （ 　　歳） |
| 要介護度等 | □要支援（　　　）□要介護（　　　）※　□申請中のため見込み |
| 認定有効期間 | 　　年　　月　　日 ～ 　　年　　月　　日 |
| 福祉用具貸与開始予定日 | 　　　年　　月　　日～ | 届出区分 | □新規　□継続 |
| 計画作成者 | 所属事業所名 |  | 事業所番号 |  |
| 事業所住所 |  |
| 電話番号 |  | 作成者氏名 |  |
| 委託元 | ※委託の場合、委託元の地域包括支援センターから確認を受けてください。　　　　　　　　　　　　　　四條畷市（にし・なわて・たわら）地域包括支援センター　（担当者）□　確認済み（確認日　　　　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・特殊寝台付属品 |  | 移動用リフト |
|  | 床ずれ防止用具・体位変換器 |  | 自動排泄処理装置（要支援､要介護1～3） |

**【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②の書面から医師の医学的所見を読み取れる場合は、それらの添付に替えることができる。 | 主治医氏名　　　　　　　　　 | 医療機関名 |
| 医学的所見確認日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 確認方法 | ①□ 医師より聴取 ②□ 主治医意見書 □ 診断書　□ サ担会議記録 |
| ※計画作成者が、医師から情報を得て記入してください。**【例外的貸与基準の該当性**】□　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**【原因となる疾病等】****【当該利用者の具体的状態像】** |
| 家族による介護・支援の状況 |  |
| サービス担当者会議の意見右記の項目については、「サービス担当者会議の要点」等から読み取れる場合は、それらの添付に替えることができる。 | 【サービス担当者会議開催日】　　　　年　　月　　日 |
| 【サービス担当者会議出席者】□　本人　　　　　　　　　　□　ケアプラン作成担当者□　家族、同居人　　　　　　□　福祉用具相談員□　主治医　　　　　　　　　□　サービス提供事業者□　その他（　　　　 　） |
| 【福祉用具相談員の意見】 福祉用具相談員氏名　（　　　 　　　　　　　　　）福祉用具貸与事業所名（　 　 　　　　　　　　　　） |
| 【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 |  |

（注）

１　本理由書は次の場合に再提出すること。

・すでに福祉用具貸与をおこなっていた被保険者の福祉用具貸与品目及び数量に変更が生じた場合

・居宅介護支援事業者の変更等で居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書を提出した場合

２　本理由書は、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。

３　後日、本理由書の内容により、居宅（介護予防）サービス計画書の提出を求めることがあります。

【市記載欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 結果 | □適当　□適当（条件付　　　　　　　　　　）□不適当 | 受付印 |
| 備考 |  |  |
| 決　裁 | 課長 | 課長代理 | 主任 | 担当 | 起案日 | 　　　　年　　月　　日 |
|  |  |  |  | 決裁日 | 年　　月　　日 |