

指定（介護予防）福祉用具貸与理由書

令和5年6月

摂津市長 様

医師の医学的所見及びサービス担当者会議の意見に基づき、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のでご確認ください。

令和 年 月 日

居宅介護（介護予防）支援事業者名 \_\_\_\_\_

居宅（介護予防）サービス計画作成担当者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

フリガナ 被保険者氏名	( _____ )	被保険者 番号	_____
住 所	_____		
生年月日	大正・昭和 年 月 日 ( _____ 歳)	性別	男 ・ 女
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"/> 申請中 ( _____ / _____ 申請)		
認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日		
認定調査実施日	令和 年 月 日		

【サービス開始】令和 年 月 日 予定 ※サービス開始前に届出

【必要な福祉用具の種類】 ※必要な貸与品目に○

_____	特殊寝台及び特殊寝台付属品	_____	認知症老人徘徊感知機器
_____	床ずれ防止用具及び体位変換器	_____	自動排泄処理装置 (尿のみ吸引する機能のものは除く)

【医師の医学的所見／サービス担当者会議の開催状況等】

確 認 年 月 日	主 治 医 名	_____
令和 年 月 日	医 療 機 関 名	_____
確 認 方 法 1. 口答 2. 文書 3. サービス担当者 会議 4. その他 ( _____ )	<b>【例外的貸与基準の該当性】</b> ※該当するものにチェック <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によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者 <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態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 判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断される者	
※原因となる疾病名 及び具体的状態像に ついては、診断書等 の添付に替えても可	<b>【原因となる疾病等】</b>  <b>【当該利用者の具体的状態像】</b>	
	_____ _____ _____	

家族による介護・支援の状況	
サービス担当者会議の意見	【サービス担当者会議開催日】 令和 年 月 日
	【ケアプラン作成担当者】 氏 名 ( ) 所属事業所名 ( )  ※要支援者でケアプランの原案作成を委託している場合、ケアプラン作成担当者は一部委託先のケアマネジャーについて記載すること。
	【サービス担当者会議出席者】 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ( 続柄: 同居・別居 ) <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成担当者 <input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター ( ) <input type="checkbox"/> サービス提供事業者 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	【福祉用具相談員の意見】  福祉用具相談員氏名 ( ) 指定福祉用具貸与事業所名 ( )
	【各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) 本理由は、認定期間ごとに必要なため、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。

(注2) 本理由は、サービス開始前に市長に提出するとともに、確認を受けた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）支援事業所に保管すること。

【摂津市確認欄】

確認年月日	令和 年 月 日
確認印	
届出有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで