

# 介護保険指定（介護予防）福祉用具貸与理由書

（あて先）三豊市長

医師の医学的所見に基づき、次の利用者の居宅（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。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

居宅介護（介護予防）支援事業者名 \_\_\_\_\_

事業所番号 \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_

被 保 険 者 番 号																					被 保 険 者 氏 名	
住 所	電話番号																					
生 年 月 日																						
要 介 護 度 等																						
認 定 有 効 期 間	～																					
認 定 調 査 実 施 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
	特殊寝台及び特殊寝台付属品		移動用リフト
	床ずれ防止用具及び体位変換器		自動排泄処理装置

- (注) 1. 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、再度作成し提出すること。
2. 本理由書は、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、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。

