軽度者への福祉用具貸与に係る届出書

福津市健康福祉部　高齢者サービス課　宛
届出年月日：　　年　　月　　日

1 居宅介護（予防）支援事業所	事業所名		事業所番号	4 0
	事業所所在地	〒		
	電話番号		ＦＡＸ番号	
	担当者氏名			
2 利用者	ふりがな 氏名		被保険者番号	
	性別	男　・　女	生年月日	年　月　日（　　歳）
	要介護度等	支１　・　支２　・　介１	認定年月日	年　月　日　・　暫定
	認定の有効期間	年　月　日　～　年　月　日		
	住所	〒		
	電話番号			
	傷病名等			
3 主治医	医療機関名・所在地			
	主治医氏名			
	直近の受診	年　月　日		

4 必要である福祉用具	※必要なものに〇印を		車いす		床ずれ防止用具
			車いす付属品		体位変換器
			特殊寝台		認知症老人徘徊感知器
			特殊寝台付属品		移動用リフト
5 必要である理由	※該当する番号を〇で囲み、右欄に医師の所見に基づく概要を記入する。	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帯によって、頻繁に第94号告示第31号のイに該当する者			
		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94号告示第31号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者			
		ⅲ）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できる者			

※提出の際には「サービス担当者会議の要点（ケアプラン第４表）」を添付して下さい。

上記の届出による福祉用具に対し、介護給付の対象とすることについて、右のとおり判定し通知いたします。 令和　　年　　月　　日 福津市健康福祉部高齢者サービス課	可 ただしこの通知の有効期限はこの届出書の提出時に有効な認定の有効期限と同じとする。	不可