

令和 年 月 日

邑 楽 町 長 あて
(福 祉 介 護 課)

事業所名 _____

電話番号 _____ FAX _____

介護支援専門員 _____

邑楽町地域包括支援センター _____

※ 要支援の人は包括支援センターに提出してください。

介護保険福祉用具貸与に係る意見具申

標記の件について、要介護度により貸与できない福祉用具について貸与を希望する旨の申し出がありましたので、介護支援専門員としての意見を具申いたします。

被保険者氏名				被保険者番号	00000		
住 所	邑楽町大字			電話番号	—		
生年月日	大・昭 年 月 日			要介護度	要支援1・2 介護1		
認定の有効期間	年 月 日～ 年 月 日			利用実績	有・無		
貸 与 し た い 福 祉 用 具 品 目	☐ 1 車いす及び車いす付属品 ☐ 5 移動用リフト（つり具の部分を除く） ☐ 2 特殊寝台及び特殊寝台付属品 ☐ 3 床ずれ防止用具及び体位変換器 ☐ 4 認知症老人徘徊感知機器 ☐ 6 自動排泄処理装置						
身 体 状 況 ・ 医師の意見 (医学的な所見)	(1・5については記入不要) ☐ 状態変化 () ☐ 急性憎悪 () ☐ 医師禁忌 ()						
現在の生活状況	(1・5については記入不要)						
貸与したい理由 及びそれにより 改善される状況 等	(1・5については記入不要)						
使 用 頻 度 (見込・実績)	例) 5回/週、毎日						

※ 添付資料 ①被保険者の居宅サービス計画 ②サービス担当者会議録
③福祉用具サービス計画 ④点検整備記録書など(使用頻度が確認できるもの)

福祉用具貸与に係る承認（不承認）決定通知書	
上記確認の結果	☐承認する 承認期間（令和 年 月 ～令和 年 月） ☐承認しない ことに決定いたしました。
承認しない理由	令和 年 月 日 邑楽町長 橋 本 光 規 (福 祉 介 護 課)