指定（介護予防）福祉用具貸与理由書

（宛先）藤井寺市長　様

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。

年　　月　　日

居宅介護（介護予防）支援事業所名
※予防支援を委託している場合は地域包括支援センターを記載

代表者名　　　　　　　　　　　　印　（担当者名）

被保険者番号		被保険者氏名	
住　所	〒　　ー 電話（　　　　　　）		
生年月日	Ｍ・Ｔ・Ｓ　　年　　月　　日　（　　歳）		
要介護度等	□要支援1　□要支援2　□要介護1　□要介護2　□要介護3		
認定有効期間	年　　月　　日～　　年　　月　　日		
認定調査日	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

□特殊寝台及び特殊寝台付属品
□認知症老人徘徊感知機器
□自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く）←要介護2、3の方も軽度者となります
□床ずれ防止用具及び体位変換器
□移動用リフト（段差解消機を除く）

【医師の医学的所見／サービス担当者会議の開催状況等】

医師の医学的所見 ※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	主治医氏名	
	医療機関名	
	【例外的貸与基準の該当性】　※該当するものに☑を付けること □　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、頻繁に利用者等告示第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、短期間のうちに利用者等告示第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利用者等告示第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	【サービス担当者会議開催日】　年　月　日
	【ケアプラン作成担当者】 氏　名（　） 所属事業所名（　） （注）ケアプラン作成担当者は、要支援者でケアプランの原案作成を委託している場合は、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】 □ 本人 □ 家族、同居人 □ 主治医 □ 福祉用具専門相談員 □ ケアプラン作成担当者 □ サービス提供事業者 □ その他（　）
	【福祉用具専門相談員の意見】 福祉用具専門相談員氏名（　） 指定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	

【藤井寺市確認欄】

確認印	

（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、藤井寺市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