**福祉用具貸与届出書**

南関町長　様

次のとおり届出ます。

※太枠の中のみ記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 届出年月日 | 　　年　　月　　日 |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日　 |
| 住　　所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　　　 |
| 利用開始日 | 年　　月　　日 |
| 要介護度 | 要支援１・要支援２・要介護１ | 認定期間 | 年　　月　　日から年　　月　　日まで |
| 福祉用具の種類以下、該当する項目にチェックしてください。 | □車いす及び車いす付属品□特殊寝台及び特殊寝台付属品□床ずれ防止用具及び体位変換器 | □認知症老人徘徊感知機器□移動用リフト |
| 福祉用具貸与が必要な理由（該当に○） | 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、頻繁に厚生労働大臣が定める者のイに該当する者ⅱ　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣が定める者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が医学的判断から厚生労働大臣が定める者のイに該当すると判断できる者 |
| 添付書類 | ・　サービス担当者会議の要点（第４表）の写し及び居宅介護支援経過（第５表）の写し・　介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）の写し |
| いずれかの項目の□欄にチェックしてください。　□　医師の所見及び医師の氏名を記載した居宅（介護予防）サービス計画の写し□　要介護認定の主治医意見書の写し□　医師の診断書の写し |
| 届出者 | 事業者名 |  |
| 住　　所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　 |
| 介護支援専門員 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

|  |
| --- |
| 届出について、次のとおり通知します。□　福祉用具の必要性を確認し、これを受理します。□　福祉用具の必要性を確認できませんので、受理できません。年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　南関町長　　　　　　　　　　　　　印　　　 |