

介護保険指定（介護予防）福祉用具貸与理由書

むつ市長 様

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	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 暫定（認定申請中）							
	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	（要介護2及び要介護3は自動排泄処理装置のみ）								
認定有効期間											
認定調査実施日											

【必要な福祉用具の種類】 *必要な貸与品目に○を付けること。

<input type="checkbox"/>	車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/>	認知症老人徘徊感知機器
<input type="checkbox"/>	特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/>	移動用リフト
<input type="checkbox"/>	床ずれ防止用具及び体位変換器	<input type="checkbox"/>	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。
 3. 市の**受付日以降**から貸与が認められます。保管用の写しにも受付印を押しますので、一緒に持参してください。
 4. 要介護2～5の見込みで暫定利用していたが軽度となった場合は、**認定から一週間以内**に提出してください。

【医師の医学的所見】

※必要事項が網羅されていれば、診断書等の添付に替えることが出来ます。

該当する欄の□に✓と、原因となる疾病等の診断名、利用者の具体的状態像について記入をお願いいたします。

原因となる疾病等			
<input type="checkbox"/>	以下の（i）～（iii）には該当しない		
<input type="checkbox"/>	（i） 状態変化	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、頻繁に利用者等告示第31号のイ（※裏面参照）に該当する者	
<input type="checkbox"/>	（ii） 急性増悪	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	
<input type="checkbox"/>	（iii） 医師禁忌	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できる者	
当該利用者の 具体的状態像	※上記（i）～（iii）のいずれかに該当する場合記入してください		

主治医確認日： 年 月 日 医療機関名

主治医氏名

○厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（厚労省告示第94号第31号イ）

車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者 ①日常的に歩行が困難な者 ②日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者	認知症老人徘徊感知機器	次の いずれにも 該当する者 ①意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者 ②移動において全介助を必要としない者
特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 ①日常的に起きあがり困難な者 ②日常的に寝返りが困難な者	移動用リフト（つり具の部分を除く。）	次のいずれかに該当する者 ①日常的に立ち上がりが困難な者 ②移乗において一部介助又は全介助を必要とする者 ③生活環境において段差の解消が必要と認められる者
床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	自動排泄処理装置	次の いずれにも 該当する者 ①排便において全介助を必要とする者 ②移乗において全介助を必要とする者

【サービス担当者会議の状況等】

※必要事項が網羅されていれば、サービス担当者会の要点等の添付に替えることが出来ます。

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 ()	
所属事務所 ()	
(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（出席に <input checked="" type="checkbox"/> ）	福祉用具の貸与に関する出席者の意見・意向の要約（貸与品毎に記入）
<input type="checkbox"/> 本人	
<input type="checkbox"/> 家族、同居人	
<input type="checkbox"/> 主治医	
<input type="checkbox"/> ケアプラン作成担当者	
<input type="checkbox"/> 福祉用具相談員 事業所： 担当名：	
<input type="checkbox"/> サービス提供事業者 事業所： 担当名：	
<input type="checkbox"/> その他 事業所： 担当名：	
家族による介護・支援の状況	
主治医の所見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（貸与予定品も明記すること）	