令和　　年　　月　　日

東吾妻町長　　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 作 成 者 | 事業所名 |  | |
| 資　　格 | 介護支援専門員　・　保健師　・　社会福祉士 | |
| 氏　　名 |  |  |
| 電話番号 |  | |

介護保険福祉用具貸与に係る意見伺いについて

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。貸与が必要である特定事由に該当する理由書を提出し、貸与してよろしいか伺います。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | | | | | 被保険者番号 | | | | |  |  | | | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |
| 住　　　　所 | 吾妻郡東吾妻町大字 | | | | | | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 要 介 護 度 |  | 生年月日 |  | |  | 年 |  | | 月 |  | | | | 日 | | | | 年齢 | | |  | | | | 歳 | |
| 認定の有効期間 |  | | | ～ |  | | | | | | | | | | 利用実績 | | | | | | 有 ・ 無 | | | | | |
| 福祉用具の種類　**（該当に○）** | ・特殊寝台　・特殊寝台付属品　・床ずれ防止用具　・体位変換器  ・認知症老人徘徊感知機器　・移動用リフト・車椅子　・自動排泄処理装置 | | | | | | | | | | | | | | 利用（貸与）開始日 | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日　～ | | | | | | | | | | | |
| 本人の身体状況 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人の介護状況 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 貸与したい理由  及びそれにより  改善される状況等 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 保険者  意見等 |  |

**※ 被保険者のケアプラン・アセスメント・担当者会議の要点及び主治医の所見等を添付してください。**

**町記入欄**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □　承認する  上記確認の結果、　　□　承認しない　　　　　ことに決定致しました。  　　　　　　　　　　　□　一部承認する | | | | |
|  |  | 理由等（承認しない、一部承認） |  | 令和　　年　　月　　日  東吾妻町長　中澤　恒喜  （保健福祉課） |
|  | | |
|  |  | | |