

介護保険 軽度者に対する福祉用具貸与届出書

年 月 日

届出事業者			
事業者名 (電話番号)	()	担当者名	印

① 対象者について			
ふりがな 氏 名		生年月日	明 大 昭 年 月 日
被保険者番号	要介護度	要支援 1 2 要介護 1	認定期間 年 月 日～ 年 月 日

② 必要とする福祉用具について			
貸与開始日	年 月 日	種目	

③ 対象者の状態像 ※ i ~ iii のいずれかに○をしてください。	
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、頻繁に第 23 号告示第 19 号のイに該当する者 【例】パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象
ii	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第 23 号告示第 19 号のイに該当することが確実に見込まれる者 【例】がん末期の急速な状態悪化
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医学的判断から第 23 号告示第 19 号のイに該当すると判断できるもの。 【例】ぜんそく発作等による呼吸不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避

④ ③のいずれかに該当する医師の所見 ※いずれかに○をつけ、記載日又は聴取日を記入してください。	
添付書類	1 主治医意見書または医師の診断書 (記載日/ 年 月 日) 2 介護支援専門員等が聴取した居宅(予防)サービス計画に記載する医師の所見 (記載日/ 年 月 日)

⑤ 福祉用具貸与を特に必要とする判断			
添付書類	サービス担当者会議等の記録	サービス担当者会議等実施日	年 月 日

市記載欄

上記の届出について、次のとおり通知します。	
年 月 日	田村市高齢福祉課
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与を認める <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与を認めない。 (理由:)	
期間/	年 月 日 ~ 年 月 日