

福祉用具貸与同意願

可児市長 様

年 月 日

居宅介護（介護予防）支援事業者 _____
担 当 者 _____

下記のとおり、福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与が特に必要であると判断しましたので同意願
います。

被保険者氏名			
被保険者番号			
介護状況区分	要支援（１・２） ・ 要介護１・（２・３）		
福祉用具の種目	特殊寝台	床ずれ防止用具	認知症老人徘徊感知機器
	特殊寝台付属品	体位変換器	自動排泄処理装置

1 医師の医学的な所見等

(1) 医師の所見（該当するものにチェック）

- 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、頻繁に福祉用具が必要な状態に該当する者
- 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに福祉用具が必要な状態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福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者

(2) 確認方法

- 医師の診断書等
- 主治医意見書（ 年 月 日記入）
- 担当の介護支援専門員等が聴取した居宅サービス計画・介護予防サービス計画に記載する医師の所見

医療機関名

医師名

聴取日年.....月.....日.....

聴取方法

その他（ ）

2 サービス担当者会議等

(1) サービス担当者会議の開催日（ 年 月 日）

(2) 福祉用具貸与が特に必要であると判断した理由

.....
.....

3 添付書類

- サービス担当者会議の要点
- 居宅サービス計画書（１・２）
- その他（ ）