　指定（介護予防）福祉用具貸与費算定届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

北茨城市長　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | 事業所名 |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　電話番号： | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員 |  | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | 生年月日 | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | 明・大・昭  年　　月　　日 | | | |
| 住所 | 〒  電話番号： | | | | | | | | | | |
| 要介護度区分 | □要支援１　　　□要支援２　　　□要介護１ | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年　　　　月　　　　日　　　　～　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | |
| 福祉用具の種目 | | □車いす及び車いす付属品　　　　　　□床づれ防止用具  □特殊寝台及び特殊寝台付属品　　　　□体位変換機  □認知症老人徘徊感知機器　　　　　　□移動用リフト | | | | | | | | | | |
| 必要とする理由 | | □１）疾病等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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者  □２）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者  □３）疾病と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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者 | | | | | | | | | | |

（添付書類）

　①医学的な所見の確認書類（「必要とする理由」のいずれかに該当する旨が判断できるもの）

　②サービス担当者会議録