

板野町長様

令和 年 月 日

居宅介護(介護予防)支援事業者名

事業所番号:

事業
者印

代表者名

印

(担当者名

.....)

被保険者番号		被保険者氏名	
住 所	〒 - 電話(- -)		
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		
要 介 護 度 【該当にチェック】	☐ 要支援 1 ☐ 要支援 2 ☐ 要介護 1 (☐ 要介護 2 ☐ 要介護 3) ☐ 認定申請中 [申請区分] 新規・更新・変更 [申請日] 令和 年 月 日		
認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
調査票等確認日	令和 年 月 日		

福祉用具の種類 【該 当 に ○】	ア. 車椅子 イ. 車椅子付属品 ウ. 特殊寝台 エ. 特殊寝台付属品 オ. 床ずれ防止用具 カ. 体位変換器 キ. 認知症老人徘徊感知機器 ク. 移動用リフト ケ. 自動排泄処理装置	
貸与開始希望日	令和 年 月 日 ～	
予 定 し て い る (介護予防)福祉 用具貸与事業所	事業所名)	
	事業所番号)	連絡先) 電話

	担当医師名	印 (印は、必ず必要になります)
	医療機関名	
医師の医学的所見 ※ 原因となる疾病名及び具体的状態像については、医師による診断書等の添付に替えても可 ※ その場合、本書面(この欄)での担当医師の“印”は必要ありません。	【例外的貸与基準の該当性】 ※ 確認書類より、該当する状態像にチェックすること。 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 疾病その他の要因により、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できると判断できる者 ☐ 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者(車椅子及び車椅子付属品) ☐ 生活環境において段差の解消が必要と認められる者(移動用リフト) 【原因となる疾病等】 【当該利用者の具体的状態像】	

