

<記入例>

直方市長 様

福祉用具貸与(軽度者)に係る届出書

(新規・継続)

標記について、下記のとおり対象外種目の福祉用具費算定にかかる確認を依頼します。

(要介護度) 要支援1 ・ **要支援2** ・ 要介護1

新規・継続の記入をしてください。

番号	
----	--

届出年月日 2018年7月20日

被保険者番号		0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	男 女	給付が必要な福祉用具 (対象品目を囲んでください)		車いす・電動車いす 車いす付属品 特殊寝台 ・特殊寝台 移動用リフト 自動排泄処理装置
認定の有効期間		2018年8月1日～2019年7月31日		該当区分選択 i 疾病 よつ (例 ii 疾病 告示 (例 iii 疾病 等医 (例 誤嚥 ※介護 【提出書類】 ◎届出書 ◎ケアプラン(1表から7表) ・ケアプランは本人の確認(署名等)がわかるもの ・支援経過は状況がわかるように3カ月分提出してください ◎主治医の意見 ・書式は独自の物を利用してください ・聞き取りをした場合は、担当者会議録等に主治医の 意見とわかるように記載してください。 ◎利用票		
生年月日		明(大・昭・平)13年 6月 31日 (88歳)				
利用者	フリガナ	フクオカ タロウ				
	被保険者氏名	福岡 太郎				
主治医	住 所	直方市〇〇7-× (TEL) 21-△×00				
	医療機関名 所在地	〇×病院				
	主治医氏名	山〇 忠				
直近の受診日		2018年 7月 2日		(i～iii) ii		
疾病名		脳梗塞・肺癌(末期)		(必要である理由)		
届出事業所	事業所番号	4 0 0 1 7 0 0 0 1 4		脳梗塞の後遺症にて左半身不全麻痺と、肺癌(末期)にて状態の急変が予測される。特殊寝台の背上げ機能を利用することで、呼吸苦を軽減できる。また、高さの昇降機能を利用することで、離床時のふらつき・転倒を予防でき、活動量の向上につながると考える。		
	事業所名	直方市地域包括支援センター (TEL) 0949-25-2391				
	所在地	〒 822-8501 直方市殿町7番1号				
	担当者名	直方花子				
事業所の情報を記載してください。		事業所の情報を記載してください。		(太枠内)日付は記載しないでください。		
予防の場合は委託先の事業者の情報を記載してください。		予防の場合は委託先の事業者の情報を記載してください。		給付対象期間 (最長認定期間) 年 月 日 ～ 年 月 日		

介護支援専門員の意見を記載してください。

上記の届出について、右のとおり判定し通知します。

年 月 日

添付

※利用者等告示第三十一号のイで定める状態象に該当するものは、提出の必要はありません。

- 福祉用具貸与について医師の診断書・検査結果を添付し、介護保険料を納付する。
- 医師の医学的所見(主治医意見書の写・診断書・医師からの聞き取りにより作成した記録のいずれか)
- 自動排泄処理装置についての要介護度は、要介護1を選択して下さい。

可 不可

可・不可にチェックをつけ、市から担当ケアマネに交付します。