

福祉用具貸与等に係る同一品目複数貸与理由書

年 月 日

栄町長 あて

(申請者)

事業所所在地	
事業所名	
担当者名	(TEL:)

次の被保険者に対して、栄町介護保険福祉用具貸与等における同一品目について、必要書類を添えて申請します。

被 保 険 者 情 報	フリガナ		被 保 険 者 番 号							
	氏 名		生 年 月 日 (歳)						年 月 日	
	住 所	〒 ー								
	要 介 護 度	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 (該当する介護度に○をつけてください。)								
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
福祉用具貸与事業所名		(TEL:)			担当者名					
現在貸与している品目		<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く) <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置(尿のみ自動的に吸引する機能のものを除く)								
重複して貸与を希望する品目		<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器								
重複して貸与が必要な理由										
添付が必要な書類		<input type="checkbox"/> ケアプラン1表、2表(要介護)/介護予防サービス・支援計画書の写し(要支援) <input type="checkbox"/> ケアプラン4表(要介護)/介護予防サービス・支援経過記録《サービス担当者会議の要点含む等》(要支援) <input type="checkbox"/> アセスメントシート <input type="checkbox"/> 福祉用具のカタログ(貸与中及び貸与予定のもの) <input type="checkbox"/> その他、町長が必要と認める書類(追加書類名:)								