福祉用具貸与に係る同一品目複数貸与理由書

　　令和　　年　　月　　日

加西市長　あて

　下記の被保険者に対して、サービス担当者会議の開催等を通じた適切なケアマネジメントを行ったところ、同一品目複数貸与が必要と判断しましたので、その理由等についてお知らせします。

■被保険者情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 生年月日 | 大正・昭和　 　年 　　月 　　日 | 性別 | 男　　・　　女 |
| 認定有効期間 | 　 年　 月　 日～ 　年　 月　 日 | 要介護度 | 要支援　１・２ 要介護　１・２・３・４・５ |

■居宅介護（介護予防）支援事業所情報（申請事業所）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在地 |  |
| 計画作成担当者 |  | 連絡先（℡） |  |

■（介護予防）福祉用具貸与事業所

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在地 |  |
| 担当者 |  | 連絡先（℡） |  |

■現在貸与している福祉用具

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉用具の種目 | 車いす　・　車いす付属品　・　特殊寝台　・　特殊寝台付属品床ずれ防止用具　・　体位変換器　・　手すり　・　スロープ　・　歩行器歩行補助つえ　・　認知症老人徘徊感知機器　・　移動用リフト　・　自動排泄処理装置 |

■重複して貸与が必要な福祉用具

|  |
| --- |
|  |

■重複して貸与が必要な理由（被保険者の心身状況や住宅環境等を含めて記載すること。）

|  |
| --- |
|  |

■今後の支援の方向性（用具の使用用途、使用頻度等を含めて記載すること。）

|  |
| --- |
|  |

■添付書類

　要介護：居宅サービス計画書（１）（２）、サービス担当者会議の要点

　要支援：介護予防サービス・支援計画書、介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）