

令和 年 月 日

居宅介護支援事業所名			担 当 者	
連 絡 先		福祉用具貸与事業者		

被保険者番号										被保険者氏名			
生年月日	年 月 日								要介護度				
認定有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日												
現在貸与している福祉用具													
<input type="checkbox"/> 車椅子及び車椅子付属品 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 徘徊感知器													
<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 移動用リフト													
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置													
<input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ													
重複して貸与が必要な福祉用具													
※手すり、スロープについては理由書を提出する必要はありません													
重複して貸与が必要な理由													
1つ目の用途・使用頻度													
2つ目の用途・使用頻度													
今後の支援の方向性													

※この理由書は要介護認定ごとに提出してください