

# 電動車椅子(福祉用具)貸与サービス利用に関する申請書

南知多町長 様

次のとおり届出します。

<b>被 保 険 者</b>	被保険者番号	0 0 0 0	届出年月日	令和 年 月 日
	フリガナ		生年月日	大・昭 年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
			電話番号	( ) -
	住所	〒470- 南知多町大字 番地の号		
	要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1		
認定の有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
<b>必須事項</b>	認知症高齢者の日常生活自立度	主治医	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	主治医
		調査員		調査員
<b>理由</b>	1. 日常的に歩行が困難である。(基本調査1-7「3. できない」該当) 2. 日常生活範囲における移動の支援が特に必要である。(下記に具体的な状態を記入)			
<b>理由2の具体的な状態</b>	1. 認知症高齢者の日常生活自立度が「I以下」で安全な自力操作が可能である。 2. 日常生活における必需品の買物、通院など週3日以上は単独で外出しなければならない。 3. 他のサービス(訪問・通所系サービス)の利用を抑え自立に努めることにより、閉じこもりによる生活・認知機能、うつ症状の出現や悪化などを防ぐ。 4. その他 (上記に該当する状態を具体的に記入すること)			
<b>使用目的</b>	通院・買い物・散歩・その他( )		<b>使用頻度</b>	回/週
<b>操作する者</b>	本人・家族・その他( )			
<b>操作方法の理解</b>	できる ・ できない		<b>危険場所の理解</b>	できる ・ できない
サービス担当者会議の開催日(複数日の場合は最終日)			令和 年 月 日	
有効期間 開始日 令和 年 月 日				
<b>届出代行者</b>	担当者氏名	電話番号( ) -		
	居宅介護支援事業所名			
	担当ケアマネジャー氏名	電話番号( ) -		

**添付書類 ①居宅(介護予防)サービス計画書(写) ②サービス担当者会議の記録(写) ③医師の医学的所見の確認書類(写)**

※① 居宅サービス計画書は第1表・第2表、介護予防サービス計画書は介護予防サービス・支援計画書。

※② 居宅サービス計画書の第4表。介護予防の場合は、介護予防支援経過記録に該当する書面。

※③ 「医師の所見」・「医師氏名」・「当該福祉用具貸与が特に必要な理由」が記載されたもの。

保険者確認欄

福祉用具貸与の可否
可 ・ 不可

保険者受付印

◎継続して貸与を受けるためには、有効期間が切れる前に、再度、確認申請書(添付書類含む)を提出してください。

2021.10