

# 移動用リフト(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。

被 保 険 者	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 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					
必須事項	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			
理由	1. 日常的に立ち上がり困難である。(基本調査1-8「3. できない」該当) 2. 移乗が一部介助又は全介助を必要とする。(基本調査2-1「3. 一部介助」「4. 全介助」該当) 3. 生活環境において段差の解消が必要である。(下記に具体的な状態を記入) 4. 昇降リフトの場合：歩行困難で日常的に車椅子移動である。						
	理由3の具体的な状態	(上記に該当する状態を具体的に記入すること)					
操作する者	本人・家族・その他( )			操作方法の理解	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						
届出 代 行 者	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