

中新川広域行政事務組合 介護保険課 様

居宅支援事業所名 \_\_\_\_\_  
 管理者名 \_\_\_\_\_  
 担当名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

下記の方に、主治の医師から得た情報及び福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能な者が参加したサービス担当者会議等を通じたケアマネジメントの結果、福祉用具貸与が必要と判断いたしましたので以下のとおり報告します。

記

被保険者 氏名		被保険者 番号	
要介護度	支援1・支援2・介護1	認定期間	令和 年 月 日 ～令和 年 月 日
福祉用具種目 (いずれかに○を付けてください)	ア 車いす及び車いす付属品 オ 移動用リフト	(二) (三)	日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者 生活環境において段差の解消が必要と認められる者
商品名			
利用予定期開始年月日		単位数	
福祉用具貸与事業所名		福祉用具貸与事業所番号	
サービス担当者会議実施日	令和 年 月 日		
福祉用具貸与が特に必要な状況			

- 添付書類
- ① 居宅サービス計画（介護1の場合）
    - ・第1表 居宅サービス計画書(1)
    - ・第2表 居宅サービス計画書(2)
    - ・第3表 週間サービス計画表
    - ・第4表 サービス担当者会議の要点
  - 介護予防サービス計画（要支援1、2の場合）
    - ・介護予防サービス・支援計画書
    - ・サービス担当者会議等の記録
  - ② その他資料等

※必ず中新川広域行政事務組合 介護保険課へ提出してください。  
※居宅計画に記載された必要な理由を見直した際にも提出してください。