

年 月 日

墨田区長 あて

居宅介護支援事業所名 _____
担当ケアマネジャー氏名 _____
地域包括支援センター名 _____
担当者氏名 _____
委託先居宅介護事業所名・担当ケアマネジャー氏名

連絡先電話番号 _____

下記のとおり軽度者に係る福祉用具貸与を行うことを報告します。

記

1 対象被保険者

氏名 _____
被保険者番号 _____
要介護度 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
認定有効期間 _____年 月 日 ~ _____年 月 日
貸与品目 _____
貸与期間 _____年 月 日 ~ _____年 月 日

2 福祉用具貸与が必要な理由

状態変動 急速悪化 医師禁忌

3 医師の意見の確認方法

主治医意見書 診断書 聴取した医師の所見

4 サービス担当者会議開催年月日

_____年 月 日

サービス担当者会議の記録（第4表またはE表（別紙））を添付してください。
診断書等がある場合は、添付してください。
介護予防プランを委託している場合は、委託先の居宅介護支援事業所名もご記入ください。