

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 \_\_\_\_\_ 高齢者支援総合センター  
担当者氏名 \_\_\_\_\_ 墨田 太郎  
委託先居宅介護事業所名・担当ケアマネジャー氏名  
\_\_\_\_\_ 居宅介護支援事業所 ・ 吾妻 一郎  
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 \_\_\_\_\_ 押上 春子  
被保険者番号 \_\_\_\_\_ 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1  
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 \_\_\_\_\_ 特殊寝台、特殊寝台付属品  
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。