|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提出日　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | |
| 被  保  険  者  情  報 | 氏名 |  | | | | | | 生年月日 | | | 明 | 年　　　月　　　日 | | | | | 性別 | 男・女 |
| 大 |
| 昭 |
| 被保険者番号 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  | 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅支援事業所名 | | |  | | | | | | | | | | | 担当者氏名 | |  | | |
|
| 福祉用具貸与事業者 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| 現在利用しているサービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
| 現在貸与している福祉用具 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　歩行補助杖 | | | | | | | | | | | | □　特殊寝台及び特殊寝台付属品 | | | | | | |
| □　歩行器 | | | | | | | | | | | | □　床ずれ防止用具 | | | | | | |
| □　車椅子及び車椅子付属品 | | | | | | | | | | | | □　体位変換機 | | | | | | |
| □　手すり | | | | | | | | | | | | □　移動用リフト | | | | | | |
| □　スロープ | | | | | | | | | | | | □　自動排泄処理装置 | | | | | | |
| □　徘徊感知器 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 重複して貸与が必要な福祉用具 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　歩行補助杖 | | | | | | | | | | | | □　車椅子及び車椅子付属品 | | | | | | |
| □　歩行器 | | | | | | | | | | | | □　徘徊感知器 | | | | | | |
| 重複して貸与が必要な理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※この理由書に加え、居宅サービス計画書（または介護予防サービス・支援計画書）

１～３表を西原村役場 介護保険担当課までご提出ください。