|  |
| --- |
| 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。