

## 福祉用具貸与 同一品目複数貸与理由確認申請書

|                                 |   |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |     |  |       |  |  |  |
|---------------------------------|---|--|----------------|--|----------------------|--|--|--|--|--|-----|--|-------|--|--|--|
| フリガナ<br>被保険者氏名                  | 被保険者番号  |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |     |  |       |  |  |  |
|                                 | 生 年 月 日   |  | 明・大・昭 年 月 日    |  |                      |  |  |  |  |  |     |  |       |  |  |  |
| 住 所                             | 琴浦町大字   |  |                |  |                      |  |  |  |  |  | 性 別 |  | 男 ・ 女 |  |  |  |
| 要 介 護<br>状 態 区 分                |   |  | 認定有効期間         |  | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで |  |  |  |  |  |     |  |       |  |  |  |
| 福祉用具種目                          |   |  | 貸与開始<br>(予定) 日 |  | 年 月 日                |  |  |  |  |  |     |  |       |  |  |  |
| 福祉用具貸与<br>が必要な理由                |   |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |     |  |       |  |  |  |
| ※<br>添付書類                       | ・ 居宅サービス計画書（１）、（２）または介護予防サービス・支援計画表の写し(必須)  |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |     |  |       |  |  |  |
|                                 | 必要に応じて、上記「福祉用具貸与が必要な理由」について、当該福祉用具が必要と判断していることがわかる書面の写し<br>・ サービス担当者会議の要点または介護予防支援経過記録の写し<br>・ 当該福祉用具を必要とする医師の所見が記載された主治医意見書の写し<br>・ 当該福祉用具の必要性を医師に照会した回答等の写し<br>・ 医師の診断書の写し など |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |     |  |       |  |  |  |
| 上記のとおり関係書類を添えて確認の申請をします。        |   |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |     |  |       |  |  |  |
| 琴浦町長 様                          |   |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |     |  |       |  |  |  |
| 年 月 日                           |   |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |     |  |       |  |  |  |
| 事業所名 _____                      |   |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |     |  |       |  |  |  |
| 申 請 者 電話 ( ) _____<br>(介護支援専門員) |   |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |     |  |       |  |  |  |
| 氏 名 _____                       |   |  |                |  |                      |  |  |  |  |  |     |  |       |  |  |  |

|   |   |
|---|---|
| 琴浦町役場処理欄（申請者は記入しないでください）  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>申請内容を確認した結果、福祉用具貸与の対象になります。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>この申請内容では、               <ul style="list-style-type: none"> <li>貸与の条件に当てはまらないため</li> <li>内容が不備のため</li> <li>その他（ ）</li> </ul>               福祉用具の貸与の対象とはなりません。             </li> </ul> |