

提出日 令和 年 月 日

新規・更新

福祉用具貸与等連絡票

フリガナ			保険者番号			1	1	2	0	9	4
被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日	大正・昭和	年	月	日生	介護度	要支援1		要支援2			
認定期間	年	月	日	～		年	月	日	要介護1		
住所	〒 - 電話番号 ()				希望貸与期間		年 月 日～		年 月 日		
福祉用具の種類											
<input type="checkbox"/> 車いす			<input type="checkbox"/> 特殊寝台			<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具			<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器		
<input type="checkbox"/> 車いす付属品			<input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品			<input type="checkbox"/> 体位変換器			<input type="checkbox"/> 移動用リフト		
福祉用具が必要な理由											
添付書類 (②～⑥はコピー可)					【計画担当】						
① 担当医師の意見等 (原本)					事業者 ケアマネジャー						
② 認定調査票・主治医意見書					事業者 名称・TEL						
③ ケアプラン(1・2・3表)					事業者 住所						
④ サービス担当者会議の記録					【福祉用具担当】						
⑤ 福祉用具のパンフレット					事業者 担当者						
⑥ その他 ()					事業者 名称						
					事業者 住所						
次回、サービス担当者会議開催予定日											
年 月 日											
※ 希望貸与期間は、右上の種別が新規の場合『最長1年間(認定有効期間終了日が先の場合は終了日)』、更新の場合『最長1年間(認定有効期間終了日が先の場合は終了日)』で見直し【連絡票の再提出】が必要となります。											
市役所記入欄										担当	