

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			電話番号								
住所	〒 -			介護度	要支援1	要支援2	要介護1					
貸与開始日	令和 年 月 日											
認定有効期間	令和 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) →省略 <input type="checkbox"/> 審査会での意見付記あり	ケアマネジャー 名称 電話番号 住所
② 認定調査票・主治医意見書	【福祉用具担当】
③ ケアプラン(1・2・3表)	担当者 名称 住所
④ サービス担当者会議の記録	
⑤ 福祉用具のパンフレット	
⑥ その他 ()	

次回、サービス担当者会議開催予定日

令和 年 月 日

※ 福祉用具貸与等連絡票は、申請時の認定有効期間終了と同時に見直し、添付書類と併せて再提出が必要です。

〈飯能市記入欄〉		担当	保健師	リーダー	課長