

新編・更新

福祉用具貸与等連絡票											
フリガナ		被保険者氏名		保険者番号		1		1		2094	
				被保険者番号							
生年月日		大正・昭和 年 月 日 生				電話番号					
住所		〒 -									
認定有効期間		令和 年 月 日 ~ 年 月 日				介護度	要支援 1		要支援 2		要介護 1
福祉用具の種類											
☐ 車いす			☐ 特殊寝台			☐ 床ずれ防止用具			☐ 認知症老人徘徊感知機器		
☐ 車いす付属品			☐ 特殊寝台付属品			☐ 体位変換器			☐ 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） ① 担当医師の意見等（原本） ② 認定調査票・主治医意見書 ③ ケアプラン（1・2・3表） ④ サービス担当者会議の記録 ⑤ 福祉用具のパフレット ⑥ その他（ ）					【計画担当】						
					事業者	ケアマネジャー					
						名称・電話番号					
						住 所					
					事業者	【福祉用具担当】					
						担当者					
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	