

年 月 日

明和町長 へ

事業所名 \_\_\_\_\_  
担当(委託) \_\_\_\_\_  
ケアマネジャー \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

介護保険福祉用具貸与に係る意見具申について

標記の件について、要介護度により貸与できない福祉用具について、貸与を希望する旨の申し出がありましたので、下記の理由により貸与してよろしいか具申いたします。

記

被保険者氏名		被保険者番号	
住 所	明和町	電話番号	
現在の認定度	①要支援1 ②要支援2 ③経過的要介護 ④要介護1	生年月日	T・S 年 月 日( 歳)
認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	サービス利用	①新規対象者 ②サービス継続
貸与したい福祉用具品目			
具申理由 (具申理由は詳細にお書きください)			

保険者意見等	
--------	--

※ 経過的要介護及び要介護1の対象者の具申は、アセスメント・ケアプラン・サービス担当者会議要旨を添付してください。  
※ 要支援1・2の対象者は、サービス担当者会議要旨を添付してください。  
※ 福祉用具貸与の承認は認定有効期間まで有効となりますので、有効期限切れ前に再度承認を受けてください。

<b>明和町記入欄</b>	
上記確認の結果、 <input type="checkbox"/> 承認する <input type="checkbox"/> 承認しない	ことに決定しました。  承認期間は 年 月 日 ~ 年 月 日までとする。  承認しない場合の理由
	年 月 日 明和町長 富塚 基輔 (介護福祉課)