

**福祉用具貸与の利用における事前協議書**

伊佐市長 殿

事業所名  
(担当者名)

下記の利用者について、福祉用具の貸与が医師の医学的な所見及びサービス担当者会議等において特に必要であると判断しましたので、サービス利用にあたり関係書類を添えて事前に協議します。

フリガナ 被保険者氏名	.....		保険者番号		4	6	2	2	4	2
			被保険者番号							
生年月日	年 月 日生									
住所	〒  電話番号									
福祉用具名 (※1)	I	特殊寝台								
	II	床ずれ防止用具・体位変換機								
	III	移動用リフト								
申請理由	..... .....									
貸与期間 (認定期間満了迄)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日									
判断(根拠)基準 (※2)	I	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者								
	II	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者								
	III	疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者								

※1 利用が必要な福祉用具の番号に○を付けてください。

※2 根拠となる番号に○を付けてください。

**【添付書類】**

1. 介護サービス計画書 第1表 居宅サービス計画書 (1)
  2. 介護サービス計画書 第2表 居宅サービス計画書 (2)
  3. 介護サービス計画書 第4表 サービス担当者会議の要点
  4. 医学的な所見の確認書類 主治医意見書, 医師の診断書, 担当の職員が医師の所見を聴取した介護(予防)サービス計画書, 又はこれらに相当するもの
- ※介護予防サービス計画書については, 1, 2, 3に準ずる書類とする。

**【保険者記入欄】**

特記事項
------

決 裁	課長	係長	係