

## 福祉用具貸与における認知症老人徘徊感知機器利用申請書（理由書）

提出年月日                      年    月    日

フリガナ		被保険者号	
利用者氏名		番	号
住 所	平戸市                      町	電 話 番 号	
生 年 月 日	明治・大正・昭和    年    月    日	性 別	男    ・    女
要介護区分			
認定有効期間	平成    年    月    日 から    平成    年    月    日		
認知症老人徘徊感知機器必要な理由			
福祉用具貸与以外のサービス利用状況			

※添付書類（介護サービス支援計画書・主治医からの意見等連絡表）

提 出 者	居宅介護支援事業所			
	介護支援専門員氏名		電 話 番 号	

福祉用具貸与における認知症老人徘徊感知機器利用を（承認 ・ 不承認）いたします。

平成    年    月    日

平戸市福祉課長

医療機関

主治医

先生

平成 年 月 日

日頃から、先生方には大変お世話になっております。ご多忙中誠に恐縮ですが、下記利用者につきまして、ご指導をよろしくお願い申し上げます。

**介護保険などのサービス利用状況連絡表**

利用者氏名		住所	
生年月日		電話番号	
要介護状態区分			
認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
本人、家族状況サービスに対する希望			

《送信欄》

<p><b>お問い合わせ内容・連絡事項</b></p> <p>上記サービス( )の必要性及び利用時の注意点についてご指導ください。</p>
<p>回答の方法について ( FAX ・ 電話連絡 ・ 主治医との面談 ・ 代理職員による連絡 )</p>

《返信欄》

平成 年 月 日返信

<p><b>回答・連絡事項</b></p> <p style="text-align: center;">サイン又は記名押印</p>
--

事業所名		電話番号	
ケアマネ氏名		FAX番号	