

福祉用具貸与における特殊寝台利用申請書（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		
特殊寝台の 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特殊寝台利用を（承認 ・ 不承認）いたします。

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》

お問い合わせ内容・連絡事項

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。

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)

《返信欄》

平成

年

月

日返信

回答・連絡事項

サイン又は記名押印

事業所名		電話番号	
ケアマネ氏名		FAX番号	