

介護保険 同一品目の福祉用具を複数貸与する場合における理由書

年 月 日

申請者 居宅介護(介護予防)支援事業者：  
 担当介護支援専門員：  
 連絡先：

【申請者記入欄】

被保険者氏名	被保険者番号
生年月日 年 月 日	介護区分
要介護・要支援認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
住所	電話番号
現在貸与中の品目※1 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理措置	
重複して貸与を希望する品目 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理措置	
貸与理由	

【市記入欄】

愛西市高齢福祉課

上記申請について、可 ・ 否 とします。

確認の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
備考	

※継続して貸与を受ける場合、確認の有効期間が切れる前に申請を再度行う必要があります。