受付

介護保険福祉用具貸与に係る意見書

平成　　年　　月　　日

介護保険課長　　様

指定居宅介護支援事業者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

介護支援専門員 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

次の理由により、当該被保険者について介護保険法による福祉用具貸与が不適応なので、障害者総合支援法による補装具給付が適当と判断されます。

被保険者	氏名		生年月日	被保険者番号	
			年　月　日		
	住所	〒 電話　（　　）		要介護状態区分	
				要支援　要介護　1　2　3　4　5	
身体障害者手帳番号		和歌山（県・市） 第　　号	昭・平 年　月　日　交付	等級	種　級
障害名					
必要な福祉用具の名称					

介護保険制度による福祉用具貸与で適応できない理由及び介護支援専門員の意見

（注）現症，肢体不自由の状況及び当該福祉用具の必要性，介護保険給付では適応できない理由，適応できる福祉用具の形態をできる限り詳しく記入してください。

※和歌山市記入欄

決定欄		決定日	年　月　日