

別記様式第1号(第4条関係)

彦根市国民健康保険福祉用具貸付申請書

年 月 日

彦根市長 様

申請者(本人または世帯主)

住所

氏名

電話

下記のとおり福祉用具の貸付けを受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

福祉用具の貸付けを必要とする者

被保険者証記号番号	滋彦
住 所	
氏 名	
生 年 月 日	
貸付けを希望する 福 祉 用 具	1 特殊ベッド 2 車椅子 3 移動用リフト 4 歩行補助用具 5 認知症老人はいかい感知機器 6 床ずれ防止エア発生調節器
貸付希望開始日	年 月 日

所 見 書

- 1 福祉用具を必要とする者(氏名 )についての、日常生活における介助等の状態は次のとおりです。

(※下記の項目について該当する番号に必ず○印を付してください。)

- (1) 屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしに外出できない。  
1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。  
2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。
- (2) 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ。  
1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。  
2 介助により車椅子に移乗する。
- (3) 1日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。  
1 自力で寝返りをうつ。  
2 自力で寝返りをうてない。
- (4) その他、日常生活上での特記事項があれば具体的に記載してください。  
( )

上記については、いつからその状態に至りましたか。

年 月頃から (継続期間 年 か月)

- 2 どのような福祉用具が必要ですか。

特殊ベッド 車椅子 移動用リフト 歩行補助器  
認知症老人はいかい感知器 床ずれ防止エア発生調節器

- 3 往診等の状況

- 1 月に 回くらい医師等の往診・訪問看護を受けている。  
2 機能訓練は月に 回くらい受けている。  
3 在宅介護(訪問看護)支援センターや訪問看護ステーションから訪問指導等のサービスを月に 回くらい受けている。

- 4 その他

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

所属機関の所在地

所属機関の名称

職種および氏名

印