**介護予防サービス利用状況報告書（福祉用具）**

□　紀の川市地域包括支援センター

□　居宅介護支援事業所：

　　担当：　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　サービス事業所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※□にチェックを入れて下さい。 | | 報告日 | 年　　月　　日 |
| 利用者氏名 | 様　被保険者番号（　　　　　　　　　　）要支援１・２ | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　　月サービス利用状況 | | **請求総単位数：　　　　　　単位** | |
| 種目 | 単位数 | | 期間 |
|  |  | | ～ |
|  |  | | ～ |
|  |  | | ～ |
|  |  | | ～ |
|  |  | | ～ |
|  |  | | ～ |
|  |  | | ～ |
|  |  | | ～ |
|  |  | | ～ |
| ◆軽度者利用制限種目の利用の有無  　　□あり　　□なし    ◆「特殊寝台及び特殊寝台の付属品」「床ずれ防止用具及び体位変換器」「認知症老人徘徊感知器」  　の利用承認の状況  　　承認状態　　□承認済　　□未承認  　　承認期間　　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | | | |
| ※その他、連絡事項がございましたらご記入下さい。 | | | |

※１「車いす」「車いす付属品」「特殊寝台」「特殊寝台付属品」「床ずれ防止用具」「体位変換器」「認知症徘徊感知器」

「移動用リフト」は、判断基準に従い貸与及び算定を行って下さい。

※２　サービス事業所から地域包括支援センター（委託の場合は居宅介護支援事業所）へ、翌月３日までにご報告ください。