

軽度者の福祉用具貸与に関する確認依頼書

様式第1号（第2条関係）

みどり市長 あて (介護高齢課)		事業者名 (事業者番号)	年 月 日
		所在地	印
		担当者氏名	
		連絡先	
次の被保険者に対する福祉用具貸与又は介護予防福祉用具貸与について、医師の医学的所見とサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントに基づき、対象外種目の貸与が特に必要であると判断したので、確認を依頼します。			
被保険者番号		被保険者氏名	
要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
福祉用具の種類	<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"/> 体位変換機 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く）		
貸与開始予定年月日	年 月 日		
該当の判断基準	<input type="checkbox"/>	i) 疾病その他の原因により、状態像が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に第23号告示第二十一号（要支援者については告示第23号第六十五号により準用）のイに該当する者	
	<input type="checkbox"/>	ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第23号告示第二十一号（要支援者については告示第23号第六十五号により準用）のイに該当することが確実に見込まれる者	
	<input type="checkbox"/>	iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から第23号告示第二十一号（要支援者については告示第23号第六十五号により準用）のイに該当すると判断できる者	
医師の医学的な所見確認	医療機関 担当医師名	確認日	年 月 日
	確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 医師から所見を聴取 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議に出席 <input type="checkbox"/> その他	
添付書類	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書（第1～3表）又は介護予防サービス・支援計画書の写し <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点の写し（介護予防支援の場合は、介護予防支援経過記録の写しで可） <input type="checkbox"/> 医師の医学的な所見のわかるものの写し（疾患名、福祉用具が必要な症状等が記入されていること） ※サービス担当者会議の要点等に詳細な記載のある場合は省略可		

【みどり市記入欄】

要否の区分	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否	貸与対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日
備考			

課長	課長補佐	係長	課員	係

受付印

(伺い) 上記のとおり軽度者福祉用具貸与の要否について決定してよろしいか