令和　　年　　月　　日

（あて先）只見町長

軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認依頼書

所在地

事業所名

担当者　　　　　　　　　　　　　㊞

連絡先

　軽度者に対する福祉用具貸与について、次のとおり医師の医学的所見に基づいた、サービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメントにより、（介護予防）福祉用具貸与が特に必要であると判断しましたので、確認を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ﾌ　ﾘ　ｶﾞ　ﾅ |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 要介護度 | 要支援１・要支援２・要介護１・申請中 | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 貸与品目種別 | ア 車いすおよび車いす付属品　　イ 特殊寝台および特殊寝台付属品  ウ 床ずれ防止用具および体位変換器　　エ 認知症老人徘徊感知機器  オ 移動用リフト　　カ 自動排泄処理装置 | | | | | | | | | | | |
| 貸与開始年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具貸与事業者（番号） | （　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 医師の医学的所見による判断（該当する状態にチェック） | | | | | | | | | | | | |
| * ⅰ）疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に第95号告示第25号のイに該当する者 * 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95号告示第25号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者 * 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95号告示第25号のイに該当すると判断できる者 | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | | | | | | | |
| * １ サービス担当者会議等の記録（居宅サービス計画標準様式第４表、介護予防支援経過記録等） * ２ 主治医の意見書又は診断書又は医師の医学的所見を記載した書類 | | | | | | | | | | | | |
| ※原則として１と２の両方の添付が必要です。ただし、１の記録において医師の医学的所見による判断が明記されている場合は２の添付を省略することができます。 | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | | | | | | | | | | | |