

大里広域市町村圏組合管理者 様

事業所番号
事業所名
管理者名

軽度者に対する福祉用具貸与の確認について（確認申請書）

下記の被保険者に対して、医師の意見（医学的な所見）に基づき状態像が判断され、かつサービス担当者会議の開催等を通じた適切なケアマネジメントを行った結果、（介護予防）福祉用具貸与が特に必要と判断しましたので、確認を依頼します。

1 貸与を予定している被保険者名等

被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		
要介護度（該当に○）	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・認定申請中(申請日 年 月 日)		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

2 必要と判断した福祉用具の種目等（カッコ内に具体的品目名）

対象品目 （該当に○）	ア 車いす及び車いす付属品（ ） イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品（ ） ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器（ ） 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（ ） （つり具の部分を除く。）
利用（貸与）開始日	年 月 日 ~

3 医学的所見（医学的所見の確認書類に基づき、該当する状態像にチェック）

<input type="checkbox"/> (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95号告示第25号のイに該当する者
<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
<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95号告示第25号のイに該当すると判断できる者

医師からの所見

確認日	年 月 日	確認者	
確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 診断書	<input type="checkbox"/> 主治医意見聴取	
医師名		所属医療機関名	
診断名			

チェックを入れた該当区分についての具体的状況

--

4 サービス担当者会議等を通じた適切なアセスメントにより2の福祉用具が特に必要である旨の判断内容
福祉用具貸与が特に必要であると判断する対象者の状態等（医師の医学的な所見を踏まえ、対象者の状態等について具体的に記載し、かつ福祉用具貸与の必要性との関係がわかるように詳しく記載する）

--

※提出書類： ①確認申請書 ②医学的な所見の確認書類 ③サービス担当者会議の記録（写）
④ケアプラン1表2表（介護予防ケアプラン）（写）

担当者名

連絡先