

軽度者に係る福祉用具貸与の確認依頼書

令和 年 月 日

山中湖村長 殿

軽度者に係る福祉用具貸与について、次のとおり福祉用具の貸与が必要であると判断しましたので、確認を依頼します。

フリガナ								被保険者番号				
被保険者氏名												
要介護度		要支援 1		要支援 2		要介護 1						
認定有効期間		年 月 日 ~						年 月 日				
貸与品目	種 別											
	開始年月日	令和 年 月 日(予定)										
	福祉用具貸与事業者											
医学的所見	該当する状態	<input type="checkbox"/> 状態の変化		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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者								
		<input type="checkbox"/> 急性憎悪		疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者								
		<input type="checkbox"/> 医師禁忌		疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は疾病の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者								
見	疾病及び該当する理由	病 名										
		理 由										
確認を依頼する居宅介護支援事業者／介護予防支援事業者												
						事業者番号						
事業所名												
担当者名		(印)				電話番号						
所在地												

(注意) ・サービス担当者会議の記録等を添付してください。(アセスメント表及び介護給付ケアプラン様式の第1・2・4・5表(第5表はそれに代わるものでも可 例:医療系サービス等に係る主治医との連携・同意・確認表など))

・6ヶ月のモニタリング後、継続利用が必要な場合は再度提出してください。

<村使用欄>

当該確認依頼について、給付の対象として確認し、通知してよいか伺います。					受付印
課長	補佐	リーダー	担 当	起 案	