

軽度者に係る福祉用具貸与の確認依頼書

年 月 日

(宛先) 野田市長

(介護予防) 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。また、判断については医師の医学的な所見に基づいた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を行いました。

フリガナ							被保険者番号
被保険者氏名							
要介護度 (該当するものを○で囲んでください)	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	
認定有効期間	年 月 日 ~			年 月 日			
貸与品目	①福祉用具の種類 (該当するものを○で囲んでください)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特殊寝台 (付属品含む) ・ 床ずれ防止用具及び体位変換器 ・ 移動用リフト 		<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症徘徊感知器 ・ 自動排泄処理装置 			
	②開始年月日	年 月 日 予定					
医学的所見	③該当する被保険者の状態像 (該当するものを○で囲んでください)	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号に該当する者 (例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)				
		ii	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間の内に第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 (例 がん末期の急速な状態悪化)				
		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				
	④疾病及び該当する理由 ※別添可	病 名					
	⑤意見を求めた担当医又は主治医意見書を記載した医師	理 由					
	医療機関名						
	主治医名						
確認を依頼する居宅介護支援事業所／介護予防支援事業所							
						事業者番号	
住所							
事業所名							
担当者名							

(注意) 「医学的所見」欄は、主治医意見書又は診断書に記載された所見、若しくは担当の介護支援専門員(ケアマネジャー)が担当医から聴取した所見を記載してください。

この確認依頼書は、福祉用具ごとに必要になります。1枚での複数の確認はできません。

※ 野田市記入欄

書類等	書類の有無	備 考
A ケアプラン原案(1,2表)等	有 ・ 無	
B サービス担当者会議記録等	有 ・ 無	
C 主治医の意見書等	有 ・ 無	無の場合A・Bに医学的所見が盛り込まれている

当該確認依頼について、給付の対象として確認し、通知してよろしいか伺います。

課長	補佐	係長	係員	係員	係員	係員	受付印
予防係長	予防係員	地域包括	地域包括	地域包括	地域包括	地域包括	