

狛江市福祉保健部高齢障がい課 あて

居宅介護(介護予防)支援事業所名

電話番号

担当介護支援専門員

印

軽度者に対する福祉用具貸与にかかる確認依頼書(介護保険の保険者確認書)

フリガナ		性別	男 ・ 女		
利用者名		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日		
住所	狛江市	被保険者番号			
		電話番号			
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 <input type="checkbox"/> 認定申請中(申請日: 年 月 日)				
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
貸与する福祉用具		貸与開始日	年 月 日から		

1、福祉用具貸与が必要な理由

該当欄 (○印)	例外給付の対象とすべき事案区分
	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もの(リウマチ・パーキンソン等)
	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(末期がん等)
	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(慢性気管支炎等)

2、判断方法

医師意見等	医師名		医療機関名	
	疾病名		意見聴取日等	年 月 日 ①訪問 ②電話 ③その他( )
	意見(医学的所見)			
サービス担当者会議	開催日	年 月 日	開催場所	
	出席者(職種・所属等)の意見等			

保険者確認欄	上記の理由に基づき、介護保険の福祉用具貸与が[ 必要 ・ 不必要 ]と確認します。 年 月 日 狛江市福祉保健部高齢障がい課長	印
--------	---	---