

軽度者に係る福祉用具貸与の確認申出書

【平成12年3月1日老企第36号第2の9(2)イの規定に基づく確認】

平成 年 月 日

(あて先) 臼杵市長

居宅介護支援事業所名 (介護予防支援事業所名)	印
	(電話番号)
担当介護支援専門員名	

下記の被保険者について、福祉用具貸与サービス(介護予防含む。)が必要と判断しましたので、添付書類を添えて確認を申し出ます。

1. 貸与を予定している被保険者

被保険者	氏名		被保険者番号	
	住所			
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1	生年月日	年 月 日
	認定有効期間	平成 年 月 日	～平成 年 月 日	
	(概況)			

2. 貸与の確認を必要とする福祉用具(該当する福祉用具にチェック)と特に必要と判断した理由

福祉用具の種類及び貸与が特に必要と判断した理由	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 (厚生労働大臣が定めるイの者)・・・日常生活範囲における移動支援が特に必要な理由
	<input type="checkbox"/> 移動用リフト (厚生労働大臣が定めるイの者)・・・生活環境において段差の解消が必要な理由

※ 添付書類

- 要介護1の場合は、介護サービス計画書の様式(※1)の第1表～第6表
- 要支援1又は要支援2の場合は、基本情報、介護予防サービス・支援計画書、介護予防支援経過(担当者会議の要点を含む)

※1は、H11.11.12老企第29号厚生省老人保健福祉局企画課長通知に相当する内容

臼杵市記載欄

福祉用具貸与の適否	適 ・ 否
-----------	-------