

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)ウ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)

福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 車いす付属品	<input type="checkbox"/> 特殊寝台	<input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 体位変換機	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/> 移動用リフト

3. 特に必要と判断した理由(ケアマネジメント結果)

サービス担当者会議開催日	平成 年 月 日
--------------	----------

4. 該当する状態(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)

医学的所見	<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、頻繁に利用者等告示第三十一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、短期間のうちに利用者等告示第三十一号のイに該当す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利用者等告示第三十一号のイに該当すると判断できる者			
	疾病名等			
	医療機関名		連絡先TEL	
	担当医師名		所見確認日	平成 年 月 日

※ 添付書類

- 医師の医学的な所見の確認書類
- 要介護1の場合は、介護サービス計画書の様式(注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)

※注1は、H11.11.12老企発第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