**軽度者に係る福祉用具貸与の確認書類について（６か月経過用）**

　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） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（電話番号） |
| 担当介護支援専門員名 |  |

　下記被保険者の軽度者に係る福祉用具貸与について、必要性の見直しを行いましたので、確認書類を提出いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 福祉用具の種類（該当に○） | ア　車椅子　イ　車椅子付属品　ウ　特殊寝台　エ　特殊寝台付属品オ　床ずれ防止用具　カ　体位変換器　キ　認知症老人徘徊感知機器ク　移動用リフト |
| 必要性を判断した理由（ケアマネジメント結果） |  |

【提出書類】

～要介護１の場合～

□　①居宅サービス計画書（１）

□　②居宅サービス計画書（２）

□　③週間サービス計画表

□　④居宅介護（予防）支援経過　（※必要性や適切な使用の明記箇所）

□　⑤サービス担当者会議の要点　（※担当者会議を開催した場合）

～要支援１又は要支援２の場合～

□　⑥介護予防サービス・支援計画書

□　⑦介護予防支援経過（※担当者会議を開催した場合は「担当者会議の要点」を含む）

注意：①②③⑥については、変更がなければ提出不要