

軽度者に係る福祉用具貸与確認書

(あて先) 蟹江町長

事業所名

所在地

担当者名

電話

フリガナ			
被保険者氏名		被保険者番号	2500
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 女
認定の有効期間	年 月 日～ 年 月 日	要介護状態区分	要支援1 要支援2 要介護1
福祉用具を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 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23号告示第19号のイの状態像に該当する。		
	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第23号告示第19号のイの状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる。		
	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は重篤化の回避等医学的判断から第23号告示第19号のイの状態像に該当すると判断できる。		
必要とする福祉用具	<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"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト		
医師の医学的な所見の確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 医師の診療情報提供書		
	医療機関名	担当医師名	所見確認日
			年 月 日
サービス担当者会議	年 月 日		
利用期間 (どちらか短い期間)	<input type="checkbox"/> 年 月 日 ～ 上記認定有効期間満了日まで		
	<input type="checkbox"/> 年 月 日 ～ 年 月末の12ヶ月間		

添付書類 ①居宅介護サービス計画書(1)(2) (介護予防サービス・支援計画書) ②医学的な所見の確認書類 (写)
 ③サービス担当者会議の記録 (写) ※サービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメントにより、当該福祉用具貸与が特に必要である旨が判断された事が分かるように記録をしてください。

※1 事前 (サービス開始前) に提出してください。

※2 内容確認後、承認の場合は、本書の写しに受付印を押印して返却します。

保険者確認欄

確認日	年 月 日
結果	確認 ・ 返却

受付印欄
