

様式 1

福祉用具貸与(軽度者)に係る確認依頼書(新規・継続)

フリガナ		保険者番号		0	6	2	0	2	6
被保険者氏名		被保険者番号							
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生	性 別	男 ・ 女						
住 所	〒 - 電話番号								
要介護度	☐ 要支援 1 ☐ 要支援 2 ☐ 要介護 1								
貸与予定品目	☐ 車いす ☐ 車いす付属品 ☐ 特殊寝台 ☐ 特殊寝台付属品 ☐ 床ずれ防止用具 ☐ 体位変換器 ☐ 認知症老人徘徊感知機器 ☐ 移動用リフト								
本確認依頼書に係る 利用予定対象期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日								
医師の医学的所見に よる判断について	☐ 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、頻繁に告示で定める状態に該当する者								
	☐ ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに 告示で定める状態に至ることが確実に見込まれる者								
	☐ 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告示に定める状態に該当すると判断でき る者								
医師の医学的所見 の確認方法	☐ 主治医意見書 ☐ 医師の診断書 ☐ 軽度者に対する介護保険福祉 用具貸与に係る医学的所見								
添付書類	☐ 医師の医学的所見が確認できる書類 ☐ ケアプラン ☐ サービス担当者会議の要点								
米沢市長あて 上記のとおり、医師の医学的所見とサービス担当者会議等を通じた 適切なケアマネジメントを行った結果、福祉用具の貸与が特に必要で あると判断したので確認を依頼します。 令和 年 月 日 事 業 所 名 事業所住所及び連絡先 電話番号 - 介護支援専門員氏名									