

軽度者の介護保険の福祉用具貸与の確認依頼書（新規・継続）

被保険者氏名		被保険者 番号	
生年月日	年 月 日		
住所	〒 ー		
	甲賀市		
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 <input type="checkbox"/> 認定（新規・区分変更）申請中 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3（自動排泄処理装置）		
	<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機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置（尿のみを吸引する機能のものを除く）		
必要とする福祉用具 *該当するものに✓をつけてください			
利用開始予定日	年 月 日		
貸与の必要性を 判断した基準 (利用者の状態像)	<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31号のイに該当する者（例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象等）	
	<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31号のイに該当することが確実に見込まれる者（例：がん末期の急速な状態悪化等）	
	<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33号のイに該当すると判断できる者（例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避）	
主治医への確認	確認年月日	年 月 日	
	主治医名		
	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"/> 照会文書等 <input type="checkbox"/> 面談、電話等による聴取	
上記の福祉用具が 特に必要な理由			

(あて先)

甲賀市長

福祉用具貸与について、医師の医学的な所見に基づき、福祉用具相談員等が参加する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により、(介護予防)福祉用具貸与が特に必要であると判断しましたので、確認を依頼します。

年 月 日

支援事業所名

サービス計画作成者名

【添付書類】

- ・医師の医学的所見が確認できる書類
- ・居宅サービス計画書(第1表、第2表、第4表、第6表、第7表)