

居宅介護支援事業所名

担当介護支援専門員

(電話番号 :)

軽度者に対する福祉用具貸与にかかる確認依頼書

フリガナ 被保険者氏名		被保険者 番号	
要介護状態区分	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3	認定日	年 月 日
貸与品目 □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(つり具の部分を除く) □自動排泄処理装置 (尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く)	認定 有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	貸与開始 年月日	年 月 日	
	※提出が遅れた場合は、遅延理由の欄に記入してください。		

基本調査項目の確認日	年 月 日
------------	-------

1、福祉用具貸与が必要な理由

該当欄 (○印)	例外給付の対象とすべき事案区分
	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福祉用具が必要な状態に該当する者(リウマチ・パーキンソン等)
	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者(末期がん等)
	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で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者(慢性気管支炎等)

2、判断方法

医師意見等	医師名		医療 機関名	
	疾病名		意見 聴取日等	年 月 日 ①訪問 ②電話 ③その他()
	意見 (医学的所見)			
サービス 担当者会議	開催日	年 月 日	開催場所	
	出席者 (職種・所属等) の意見など			

3、遅延理由

遅延項目	遅延理由
<input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中 <input type="checkbox"/> 退院と同時に必要 <input type="checkbox"/> 状態像の急変 <input type="checkbox"/> その他()	

《添付書類》

・サービス担当者会議の要点(第4表)

※福祉用具貸与の例外給付についての検討内容
(照会内容・回答内容)が記載されているもの

保険者 確認欄	<p>上記の理由に基づき、介護保険の福祉用具貸与が[必要 ・ 不必要]と確認します。 また保険給付期間は、貸与開始年月日から認定有効期間満了日までとなります。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">東久留米市福祉保健部介護福祉課長</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>
------------	--

※継続して貸与する場合は、有効期間ごとに申請が必要となりますのでご注意ください。