

軽度者に対する福祉用具貸与の確認依頼書

年 月 日

(あて先) 宇和島市長

事業所名	
計画作成担当者名	
電話番号	

以下のとおり、福祉用具貸与が特に必要であると判断しましたので、確認をお願いします。

フリガナ			被保険者番号	0	0														
被保険者氏名																			
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		性別	男・女															
要介護(支援)状態区分	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 暫定(認定申請中) ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 (要介護2および要介護3は自動排泄処理装置のみ)																		
福祉用具種目	☐ 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 ☐ 車いす ☐ 車いす付属品 ☐ 自動排泄処理装置※ (※自動排泄処理装置については尿のみを自動的に吸引するものを除く)																		
※貸与開始日	年 月 日 (新規・継続・追加)																		
医師の医学的所見に基づき判断した該当する状態	☐ 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95号告示第25号のイ※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、短期間のうちに95号告示第25号のイ※に該当する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95号告示第25号のイ※に該当すると判断できる者																	
☐ 添付	医師の医学的所見が確認できる書類の写し 「軽度者に対する福祉用具貸与における医学的所見について(市指定様式)」 (ただし、主治医が担当者会議に出席された場合は「サービス担当者会議の要点」の写しでも可。または、「主治医意見書」・「医師の診断書」等)																		
☐ 添付	貸与が特に必要である旨が判断されているサービス担当者会議の記録書類の写し 「サービス担当者会議の要点」および「ケアプラン」																		

注) 該当する項目の□にチェックを記入してください。

※貸与開始日について

- ①当市確認の有効期間終了による再度の確認依頼の場合は、要介護(支援)認定の有効期間の開始日とする。
②市への確認依頼時において、既に貸与開始している場合の介護保険給付による貸与開始日は、最大限で、市が確認依頼書を受理した日の属する月の1日まで遡ることができる。

【市記入欄】

当該福祉用具について介護保険給付での貸与を ☐ 認めます ☐ 認められません 上記確認結果について別紙のとおり事業所へ通知するものです。		確認依頼書を受理日
決定日	年 月 日	
保険給付開始日	年 月 日	