軽度者に対する福祉用具貸与のための確認申請書

1　利用者の情報

被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
要介護度等	□　要支援１　　□　要支援２　　□　要介護１		
認定有効期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		

2　確認事項

⑴軽度者に対する貸与品目	□　車いす及び車いす付属品 □　特殊寝台及び特殊寝台付属品 □　床ずれ防止用具及び体位変換器 □　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）
⑵医師の意見（医学的な所見）	□　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 号のイに該当する者
	□　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 号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者
	□　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第 23 号告示第 19 号のイに該当すると判断できる者
	上記医学的な所見の確認方法 □　主治医意見書により確認 □　医師の診断書により確認 □　医師から所見を聴取することにより確認 □　その他（　　）
⑶福祉用具貸与が特に必要である旨の判断	□　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福祉用具貸与が特に必要である旨を判断

備考

1　⑴、⑵、⑶の項目ごとにチェックが必要です。なお、⑵のいずれかにチェック、そしてその確認をした方法について、いずれかの項目にチェックしてください。

2　⑵、⑶の項目について、その判断をした資料の写しを添付してください。なお、⑵の『医師からの所見を聴取することにより確認』の場合は、担当の計画作成担当者が医師から所見を聴取したものを、要介護１の場合は「第５表」、要支援１若しくは要支援２の場合は「介護予防支援経過記録（当該記載のあるページのみ）」に記載したものの写しを提出してください。なお、この際、当該医師の名前も記載されている必要があります。⑶については、要介護１の場合は「第４表」、要支援１若しくは要支援２の場合は「介護予防支援経過記録（福祉用具貸与に関する記載のあるページのみ）」の写しを提出してください。

清水町長　　様

指定（介護予防）福祉用具貸与を居宅（介護予防）サービス計画に位置付けるため、上記のとおり必要な事項とともに関係書類を添えて申請しますので、確認を願います。

年　　月　　日

居宅介護（介護予防）支援事業者名　　㊞

計画作成担当者　　㊞