

錦江町長様

事業所名

担当者

印

連絡先

## 軽度者に対する福祉用具貸与にかかる確認依頼書（介護保険の保険者確認書）

フリガナ		被保険者番号	
利用者名		住 所	錦江町
要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 注（ <input type="checkbox"/> 要介護「 」）	認定有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
貸与する福祉用具	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く） <input type="checkbox"/> 車いす及び車いすの付属品（電動カー含む） <input checked="" type="checkbox"/> 注（ <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置{尿のみを自動的に吸引するものを除く}）		
貸与開始日	令和 年 月 日から		

## 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
	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第23号告示第19号のイに該当する者（リウマチ・パーキンソン等）
	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（末期がん等）
	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第23号告示第19号のイ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		確認日・方法	確認日：令和 年 月 日 意見書・診断書・意見聴取・その他
	意見 (医学的 所見)			
サービス担当者会議	開催日	令和 年 月 日		
	出席者 (職種・ 所属等) の意見等	<input type="checkbox"/> 別紙 ケアプラン4表またはE表別表		

保険者 確認欄	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。
------------	-----------------------------------------

※原本は保険者で保管し、写しを事業者で保管する。