軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認依頼書（ 新規 ・ 更新 ）

ﾌﾘｶﾞﾅ 被保険者氏名		保険者番号	1 4 4 0 2 2
		被保険者番号	
生 年 月 日	明・大・昭　　年　　月　　日	性　　別	男 ・ 女
住　　所	電話		
要 介 護 度	□ 要支援１　□ 要支援２　□ 要介護１		
貸与予定品目	□ 車いす　□ 車いす付属品　□ 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		
利用開始月	年　　月　（更新の場合は、当初の日付ではなく、更新後の日付）		
医師の医学的所見による判断について	□ 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、頻繁に告示で定める状態に該当する者 □ ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める状態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告示に定める状態に該当すると判断できる者		
添 付 書 類	□ ケアプラン　□ 医師の所見（□ 主治医の意見書、□診断書等、□ 口頭確認） □ サービス担当者会議の記録　□ 支援経過記録（該当部分）		

（あて先）　清　川　村　長

上記のとおり、医師の医学的所見に基づき、サービス担当者会議等を通じ、適切なケアマネジメントを行った結果、（介護予防）福祉用具貸与の必要があると判断しましたので、確認をお願いします。

年　　月　　日

事　　業　　所　　名

事業所住所及び連絡先

介護支援専門員等氏名

※村記入欄

上記の申請について、別紙のとおり通知してよろしいか。

課長	主幹	係長	合　　議	起案者	公印使用承認	起案	年　月　日
						決裁	年　月　日