

軽度者に係る福祉用具貸与確認書

年 月 日 提出

被保険者番号									要介護状態区分		
認定有効期間	年 月 日					～	年 月 日				
サービス利用開始	年 月 日					～					
被保険者氏名							生年月日	年 月 日			
住 所											
種 目	ア 特殊寝台および特殊寝台付属品 イ 床ずれ防止用具および体位交換器 ウ 認知症老人徘徊感知機器 エ 移動用リフト（つり具の部分を除く。） オ 自動排泄処理装置（交換可能部分を除く。）										
該 当 基 準	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 ii 疾病その他の原因により、病状が急速に悪化し、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 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										
(医師が判断したもの)											
疾病名及び心身の状態 <small>例)パーキンソン病、末期がん等</small>											
医師の医学的な所見	確認方法 ※○で囲む	1 主治医意見書 2 診断書 3 医師からの意見聴取 4 その他()									
	医師の氏名					医療機関名					
	医師の所見										
	(医師から意見聴取した場合)										
	医師への確認日等	年 月 日(聞き取り以外の場合は、主治医意見書等の記入日)									
サービス担当者会議において必要と認められた理由	*添付書類 居宅サービス計画書(第1表・第2表・第4表)・介護予防にかかる関連様式 「第4表 サービス担当者会議の要点」、「介護予防支援経過記録」等には、医師の医学的所見に基づき、被保険者の心身の状況及び日常生活から、福祉用具貸与が特に必要である旨が判断がされていることが記録されていること。										
作成者 (介護支援専門員)	事業所名										TEL
	氏 名										

●福祉用具貸与実施後は、ケアマネージャー等がプランの評価によって、必ずその必要性を見直し、その結果を記録願います。利用者の状態像の変化に応じたモニタリングの結果、又は種目変更があれば再度確認依頼申請の手続き等必要な対応をお願いします。見直しが適切に行われていないことが判明した場合、保険給付の返還対象とする場合もありますのでご注意ください。

※保険者記入欄 内容確認の結果、介護保険の福祉用具貸与が下記審査結果と認めてよろしいか伺います。

審査結果	保険者確認欄				備 考
	課 長	係 長	係 員	担 当	
可・否					