

所在地	〒 -		
事業所名		電話番号	() -
管理者名		担当者名	

軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認依頼書

真庭市長 様

提出日: 令和 年 月 日

次の被保険者に対して、医師の意見（医学的な所見）に基づき状態像が判断され、かつサービス担当者会議等を通じて、適切なケアマネジメントをおこなったところ、（介護予防）福祉用具が必要と判断しましたので確認を依頼します。

貸与を予定する被保険者	フリガナ		被保険者番号																	
	氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日																	
		要介護状態区分	要支援 1・2 要介護 1 その他()																	
		認定有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日																	
住所																				
福祉用具の種類 【該当に○】	ア.特殊寝台 イ.特殊寝台付属品 ウ.床ずれ防止用具 エ.体位変換機 オ.認知症老人徘徊感知機器 カ.自動排泄処理装置 キ.その他 ()																			
利用（貸与） 開始予定日	令和 年 月 日	(介護予防) 福祉用具貸与 事業所名																		

上記の福祉用具貸与の希望がありますので、福祉用具貸与が適切と判断された場合は疾病名・状態像・意見をご記入ください。

《医師の意見欄》

疾病名

【状態像】(下記Ⅰ～Ⅲのうち、該当する状態像に○をお願いいたします。)

- 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福祉用具が必要な状態に該当する者
- 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福祉用具が必要な状態にな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など医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者

【意見】

医療機関名

医師氏名

印

記入日 令和 年 月 日

(本人自署の場合、押印不要です)

サービス 担当者 会議	出席(回答)事業所・担当者名	開催日: 令和 年 月 日

(必要な添付書類)①サービス担当者会議の記録の写し ②ケアプラン第1表, 第2表または介護予防ケアプランⅠ, Ⅱの写し(市外居宅被保険者のみ)

《真庭市確認欄》 上記について、適切なケアマネジメントにより福祉用具の貸与がおこなわれることを確認しました。

確認日	令和 年 月 日	所属 及び氏名	
-----	----------	------------	--