

有田市 市民福祉部 高齢介護課 あて

居宅介護(予防介護)支援事業所名 _____

担当介護支援専門員氏名 _____

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		生年 月日等	M・T・S 年 月 日生 (満 歳) (男・女)
利用者名			
住所等	有田市 (電話 _____)	被保険 者番号	
介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3 認定申請中(申請日 _____ 年 月 日)	認定 期間	_____ 年 月 日から _____ 年 月 日まで
貸与する 福祉用具	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(つり具の部分を除く)・ 自動排泄処理装置		
貸与開始(予定)日	_____ 年 月 日		
医学的所見の確認方法	主治医意見書・医師の診断書・医師からの所見を聴取		
医療機関名		医師名	
確認日(※)	_____ 年 月 日		※確認日は主治医から医学的所見を入手した日を記入

1. 福祉用具貸与が必要な理由 (該当欄に○印を記入)

該当欄	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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当するもの(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(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(慢性気管支炎等)

2. 添付書類 (写し等)

- 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が判断されていることを確認できるもの(居宅サービス計画書・サービス担当者会議の要点又は介護予防サービス支援計画表・介護予防支援経過記録など)
- 医師の医学的な所見に基づき判断されていることが確認できるもの
 - ① 主治医意見書 又は ② 医師の診断書 又は
 - ③ 担当介護支援専門員が聴取した医師の所見を居宅サービス計画等に記載

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と確認します。 有田市 市民福祉部 高齢介護課 介護保険係	保険者受付確認印欄
------------	--	-----------

※ 受付印の押印後、原本は提出先へ戻し、写しを保険者で保管。