軽度者に係る福祉用具貸与の確認依頼書

年　　月　　日

草加市長　あて

居宅介護（介護予防）支援事業者名　：

担　当　者　名　：

次のとおり、関係書類を添えて軽度者に係る福祉用具貸与の確認を依頼します。

1 福祉用具貸与を希望する被保険者

氏　　名

被保険者番号　□□□□□□□□□□

要介護（支援）認定区分　□要支援1 ・ □要支援2 ・ □要介護1

認定有効期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日

2 福祉用具の品目　□特殊寝台及び特殊寝台付属品　□床ずれ防止用具

□体位変換器　□認知症老人徘徊感知機器

□自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。）

【 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3 】

3 福用具貸与を必要とする医師の所見区分

□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

（注意）次の資料を添付してください

ア　医師の所見が確認できる書類（主治医意見書、診断書、主治医意見書聴取記録）

イ　サービス担当者会議の記録

（ア、イとも福祉用具貸与が必要と判断されている旨が記載されているものであること）

保険者チェック欄
□　医師の所見
□　サービス担当者会議の結果

受付印