

福祉用具貸与（軽度者）に係る確認依頼書

標記について、下記のとおり対象外種目の福祉用具貸与費算定にかかる確認を依頼します。

										申請日		令和		年		月		日		
利用 者	フリガナ																			
	氏 名																			
	被保険者番号																			
☐ 居宅介護支援事業所 または ☐ 介護予防支援事業所 (介護予防支援事業者が委託 の場合、委託事業者を記入)			事業者番号																	
			事業者名		(電話番号)															
			介護支援専門員																	
要 介 護 度			要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1																	
調 査 項 目																				
福祉用具の種類 (対象種目を囲んでください。)			車いす（付属品を含む）・特殊寝台（付属品を含む）・床ずれ防止用具 体位変換器・老人徘徊感知器・移動用リフト（つり具部分除く）・自動排泄処理装置																	
医 師 の 意 見	医師の所見																			
	疾病名または その他の原因																			
	担当医師		医療機関																	
			医 師 名																	
サービス担当者会議の 内容																				
ケアマネジャーの 総合的意見 (福祉用具貸与が特に必要 と認められる理由)																				
本確認依頼書に係る給付 対象期間(最長で認定有効期間終了 日)			令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日																	
(該 当 に 該 当 区 分 チ ェ ッ ク)		☐ 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 告示第95号第25号のイに該当する者																		
		☐ 疾病その他の原因により、状態が急速に変化し、短期間のうちに告示第95号第25号のイに該当す るに 至ることが確実に見込まれる者																		
		☐ 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 ら告示第95号第25号のイに該当すると判断できる者																		

添付書類

- ☐ 福祉用具の貸与について検討した「サービス担当者会議の要点」を含む当該利用者の
介護サービス計画書
- ☐ 電動車いす、移動用リフトについては「調査票」