

## 福祉用具貸与（軽度者）に係る確認依頼書（移動用リフト）

フリガナ		保険者番号		4	0	2	3	0	5
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住所	〒 糸島市								
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中		<input type="checkbox"/> 要支援1		<input type="checkbox"/> 要支援2		<input type="checkbox"/> 要介護1		
利用開始日（予定）			年 月 日						
医師の意見	当該福祉用具が特に必要な理由（医師の医学的な所見）								
	記載日		年 月 日						
	担当医師	医療機関							
		医師名	印						
医師の医学的所見の確認方法		<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 照会文書等 <input type="checkbox"/> 面談、電話等による聴取 <input type="checkbox"/> 上記直接記載（直接記載の場合は自署か押印）							
利用者自身の自力で移動できない程度の段差の有無		<input type="checkbox"/> 有（必要な箇所） <input type="checkbox"/> 無							
その居宅において日常生活を過ごすのに用具が必要な状況									
ケアマネジャーの総合的意見（当該福祉用具貸与が特に必要と認められる理由）									
添付書類		<input type="checkbox"/> 医師の医学的所見が確認できる書類 <input type="checkbox"/> 当該利用者の介護（予防）サービス計画書 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点【第4表】又は会議の議事録 <small>※主治医がサービス担当者会議に出席し、サービス担当者会議の要点【第4表】または会議の議事録に主治医の医学的所見が明記されている場合は「医師の医学的所見が確認できる書類」は省略できます。</small>							
（あて先） 糸島市長 医師の医学的な所見と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をおこなった結果、福祉用具の貸与が特に必要であると判断したので確認を依頼します。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <span>年 月 日</span> <span>支援事業所名</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>事業所番号</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>サービス計画作成者名</span> <span></span> </div> <small>※提出の際には事業所印もしくは計画作成者の印を押印してください</small> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>連絡先</span> <span>( )</span> <span>—</span> </div>									

### 保険者記入欄

<b>審査結果</b>  <input type="checkbox"/> 貸与可 <input type="checkbox"/> 貸与不可  保険者確認年月日                      年 月 日	<b>保険者確認印</b>    
--	-------------------------------