福祉用具貸与（軽度者）に係る確認依頼書（状態像による判断）

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	□申請中　　□要支援１　　□要支援２　　□要介護１									

福祉用具の種類	□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）
利用開始日（予定）	年　月　日

医師の意見	貸与の必要性を判断した利用者の状態像等	□　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、頻繁に第23号告示第19号のイに該当する。 **（この項目に該当する疾病名、症状等を記入してください。）**
		□　疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、短期間のうちに第23号告示第19号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる。 **（この項目に該当する疾病名、症状等を記入してください。）**
		□　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、医学的判断から第23号告示第19号のイに該当すると判断できる。 **（この項目に該当する疾病名、症状等を記入してください。）**
記載日		年　月　日
担当医師	医療機関名	
	医師名	印

医師の医学的所見の確認方法	□　主治医意見書　□　医師の診断書　□　照会文書等 □　面談、電話等による聴取　□上記直接記載（直接記載の場合は自署か押印）
添付書類	□　医師の医学的所見が確認できる書類 □　当該利用者の介護（予防）サービス計画書 □　サービス担当者会議の要点【第４表】又は会議の議事録 **※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。**

（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。

年　月　日

支援事業所名

事業所番号

ｻｰﾋﾞｽ計画作成者名

※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

連絡先　（　）　－

保険者記入欄

審査結果	保険者確認印
□貸与可　□貸与不可 保険者確認年月日　年　月　日	