

軽度者に対する福祉用具貸与確認申請書

江東区長 宛て

担当介護支援専門員(ケアマネジャー)が作成してください。

※ 該当項目に記入又は○をしてください。

提出日： 年 月 日

事業者	名称			計画作成担当者氏名									
	所在地	〒 -											
	担当長寿確認欄 <small>(委託の場合のみ)</small>	年 月 日		長寿サポートセンター 担当：									
被保険者	氏名	(歳)		被保険者番号	0	0	0						
	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 (<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 対象品目が5の場合)											
	有効期間	年 月 日 ~					年 月 日						
対象品目		1 特殊寝台・特殊寝台付属品 2 床ずれ防止用具 3 体位変換器 4 認知症老人徘徊感知機器 5 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引するものを除く)											
該当する状態		i 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に告示に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また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											
主治医の意見	確認日	年 月 日											
	確認方法	1 主治医の意見書 2 診断書 3 介護支援専門員の手記											
	担当主治医	医療機関名 氏名											
	主治医の所見 <small>(意見聴取の場合記入)</small>	(診断傷病名) ----- (福祉用具が必要な所見)											
サービス担当者会議開催日		年 月 日											

介護保険課使用欄

担当所見	
------	--

申請書受付日	
--------	--

受付員	貸与担当	適正化担当	係長
当該福祉用具について貸与を 承認 不承認 する			

給付開始日
年 月 日
決定日・連絡日
年 月 日