

**軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認票**

フリガナ		保険者番号		2	3	2	3	6	3
被保険者氏名		被保険者番号							
		生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女				
住所	〒 - - 電話番号 - -								
貸与種目	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具部分を除く）								
利用者の状態像	<input type="checkbox"/> 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号のイに該当する者 <input type="checkbox"/> 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者 <input type="checkbox"/> 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者								
提出書類	<input type="checkbox"/> 主治医意見書の写し <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書第1表、第2表の写し <input type="checkbox"/> 介護予防サービス・支援計画書の写し <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の記録の写し								
<p>みよし市長 様</p> <p>上記のとおり福祉用具貸与の例外給付について、確認をお願いします。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定居宅介護（介護予防）支援事業所名 _____</p> <p>担当者氏名 _____ 連絡先 _____</p>									

※ みよし市記入欄

上記の申請について、別紙のとおり通知してよろしいか。

起案	
決裁	
入力	
交付	

判断要件の適否		算定の可否	可 ・ 否
医師の医学的所見	適 ・ 否	不可の理由	
サービス担当者会議	適 ・ 否		
計画の位置づけ	適 ・ 否		

※ 要支援者のケアプランを委託されている場合は、委託先にて記入・提出をしてください。