

## 福祉用具貸与に係る確認依頼書 兼 確認書

フリガナ		保険者番号	1 1 2 0 8 6						
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明治・大正・昭和          年          月          日								
住所	〒		TEL (      )						
介護度 ※○で囲む	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3				
	※自動排泄処理装置のみ								
有効期間	年          月          日 ~	介護認定日	年          月          日						
	年          月          日								

貸与開始日	年          月          日
貸与種目 ※□にチェック	<input type="checkbox"/> 車いす及び付属品 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び付属品 <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機器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置
該当する状態 ※○で囲む	i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に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、短期間のうちに福祉用具が必要な状態に該当す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又は症状の重篤化の回避等医学的判断から福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者
添付書類 ※□にチェック	医師等の医学的所見に関する書類（いずれかにチェック） { <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 主治医意見書（提出省略） <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の経過及び決定理由 <input type="checkbox"/> 確認書の提出が遅くなった経過記録書 ※提出日が、貸与開始日または介護認定日から1ヵ月間経過した場合のみ

事業所名		担当者名	
住所 (通知送付先)	〒		TEL (      )

(市記入欄)

貸与適用期間	令和          年          月          日 から 令和          年          月          日 まで							
確認日	令和          年          月          日							
<p>上記内容の福祉用具貸与について、確認しました。</p> <p>なお、適用期間を超えての貸与利用は、介護保険の適用を受けられませんので、事前に再度、確認依頼書を提出するようお願いいたします。</p>								