**軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認依頼書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  | １ | ４ | ２ | １ | ２ | ５ |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 大 ・ 昭　　　年　　月　　日生 |
| 住　　　　所 | 厚木市 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　 |
| 要介護度 | [ ] 　要支援１　　[ ] 　要支援２　　[ ] 　要介護１　[ ] 　要介護２・３（自動排泄処理装置の場合） |
| 貸与予定品目 | [ ] 　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　　[ ] 　自動排泄処理装置 |
| 利用開始日 | 　　　年　　　月　 |
| 医師の医学的所見による判断について | [ ] 　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、　　　頻繁に告示で定める状態に該当する者[ ] 　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状態　　　に至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　　　判断から告示に定める状態に該当すると判断できる者 |
| 添付書類 | [ ] 　ケアプラン　　[ ] 　主治医の意見書又は診断書等（口頭確認の場合は、省略可）[ ] 　サービス担当者会議の記録　　[ ] 　支援経過記録（該当部分） |
| 　（あて先）　厚　木　市　長　上記のとおり、医師の医学的所見に基づき、サービス担当者会議等を通じ、適切なケアマネジメントを行った結果、（介護予防）福祉用具貸与の必要があると判断しましたので、確認をお願いします。　　年　　月　　日　　　事　　業　　所　　名　　　事業所住所及び連絡先　　　介護支援専門員等氏名　 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※厚木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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | 係　長 | 係　員 | 起案者 | 公印使用承認 | 起　案 | 年 　　月　 　日 |
|  |  |  |  |  |
| 決　裁 | 年 　　月　 　日 |

 |