**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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |