

軽度者に係る福祉用具貸与確認申請書

(提出先)

足立区長宛

年 月 日

作成者(担当の介護支援専門員)

事業所名	(地域包括支援センター)	
フリガナ		印
担当ケアマネジャー		
事業所所在地		
電話番号		

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0							
	フリガナ										
	被保険者氏名										
	要介護度 で囲む	申請中・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3									
	有効認定期間	年 月 日 ~					年 月 日				

貸与品目 にチェックを入れる	<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"/> 自動排泄処理装置
-------------------	---	--

該当する状態 (福祉用具貸与が必要 な理由) ~ を で囲む) 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
) 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
) 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

主治医の 意見	主治医意見の 確認方法 で囲む	主治医の意見書 ・ 診断書 ・ 主治医意見聴取
	確認日	年 月 日
	主治医氏名	
	医療機関名	
	主治医の所見 (主治医から意見を聴取した場合)	

主治医からの医学的な所見を記入後にサービス担当者会議を開催し、その記録も添付して下さい。

介護予防プランを委託の場合は、地域包括支援センター名もご記入下さい。