

介護保険に係る軽度者への福祉用具貸与確認申請書

フリガナ			被保険者番号											
被保険者氏名			生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日										
住 所	琴浦町大字										性 別	男 ・ 女		
要 介 護 状 態 区 分			認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで										
該当 に○	福祉用具種目	貸与開始（予定）日	該当 に○	福祉用具種目	貸与開始（予定）日									
	① 特殊寝台	年 月 日		⑥その他（ ）	年 月 日									
	② 特殊寝台付属品	年 月 日												
	③ 床ずれ防止用具	年 月 日												
	④ 体位変換器	年 月 日												
	⑤ 自動排泄処理装置	年 月 日												
福祉用具貸与 が必要な理由 (該当に○)	<p>I 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に上記の福祉用具が必要な状態に該当する。</p> <p>II 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに上記の福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる。</p> <p>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上記の福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる。</p>													
※ 添付書類	<p>・ 居宅サービス計画書（1）、（2）または介護予防サービス・支援計画表の写し（必須）</p> <p>・ サービス担当者会議の要点または介護予防支援経過記録の写し（必須）</p> <p>必要に応じて、上記「福祉用具貸与が必要な理由」のⅠ・Ⅱ・Ⅲのいずれかに該当し、当該福祉用具が必要と医師が医学的所見にもとづき判断していることがわかる書面の写し（要日付）</p> <p>・ 当該福祉用具を必要とする医師の所見が記載された主治医意見書の写し</p> <p>・ 当該福祉用具の必要性を医師に照会した回答等の写し</p> <p>・ 医師の診断書の写し など</p>													
<p>上記のとおり関係書類を添えて確認の申請をします。</p> <p>琴浦町長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>事業所名 _____</p> <p>申 請 者 電話 () _____</p> <p>(介護支援専門員)</p> <p>氏 名 _____</p>														

※ 担当の介護支援専門員が直接主治医から所見を聞いている場合は、その医師名、聴取年月日、所見内容等を記載したものであれば、サービス担当者会議の要点または介護予防支援経過記録の写しのみの添付で提出可。

琴浦町役場処理欄（申請者は記入しないでください）	
<p>・ 申請内容を確認した結果、福祉用具貸与の対象になります。</p>	<p>・ この申請内容では、</p> <ul style="list-style-type: none"> 貸与の条件に当てはまらないため 内容が不備のため その他（ ） <p>福祉用具の貸与の対象とはなりません。</p>