

年 月 日

城陽市福祉保健部高齢介護課 あて

居宅介護(介護予防)支援事業所名

担当介護支援専門員

印

軽度者の福祉用具貸与にかかる確認書

フリガナ		保険者番号	262071								
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0	0					
介護度	要支援1		要支援2		要介護1						
認定期間	年 月 日		～		年 月 日						
福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品		<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"/> 移動用リフト		<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置(□要介護2 □要介護3)								
(△については、提出は不要)											
福祉用具を必要とする理由	<input type="checkbox"/> i 疾病その他の原因により、状態が変化しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に第95号告示第25号のイに該当する者(例:パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)										
	<input type="checkbox"/> ii 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者(例:がん末期の急速な状態悪化等)										
	<input type="checkbox"/> 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な判断から第95号告示第25号のイに該当すると判断できる者(例:ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避等)										
情報開示結果交付日		年 月 日									
サービス担当者会議開催日		年 月 日									

添付書類

- (1) アセスメント表 (事業所所定のもの)
- (2) ケアプラン1表 (利用者基本情報)
- (3) ケアプラン2表 (介護予防サービス・支援計画書)
- (4) ケアプラン4表 (サービス担当者会議記録)
- (5) 医師の診断書等

市確認欄

有効期間	年 月 から 年 月 までとする。
<input type="checkbox"/> 上記内容の福祉用具貸与について、確認できた。 <input type="checkbox"/> 上記内容の福祉用具貸与について、確認できない。	

決裁欄

課長	課長補佐	係長等	係員

【確認日】

年 月 日

※ケアプラン4表又はサービス担当者会議記録に確認印を押印し、有効期間を記入し返却する。
有効期間については、申請月の初日から有効とする。