

様式 1

軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認依頼書

年 月 日

事業所名

担当者

事業所電話番号

下記により、福祉用具貸与が必要と思われますので、確認をお願いします。

被保険者番号		被保険者氏名	
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	
要介護状態区分	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3		
認定有効期間	令和	年 月 日	～ 令和 年 月 日
医師の医学的所見			
確認日	年 月 日		
確認方法	☐ 主治医意見書 ・ ☐ 主治医より聴き取り ・ ☐ その他()		
医療機関名・医師名	/		
疾病その他の原因			
種目(該当に○)			
・ 車いす ・ 車いす付属品 ・ 特殊寝台 ・ 特殊寝台付属品 ・ 床ずれ防止用具及び体位変換器 ・ 認知症老人徘徊感知機器 ・ 移動用リフト（つり具部分を除く） ・ 自動排泄処理装置			
医師の所見に基づき、該当区分に○をしてください。			
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、頻繁に厚生労働大臣が定める者のイの状態像に該当する者 ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣が定める者のイの状態像に該当す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厚生労働大臣が定める者のイの状態像に該当すると判断できる者 ※厚生労働大臣が定める者のイの状態像・・表 1 を参照			
【状況等】 ○をした該当区分についての具体的状況(例:パーキンソン病の治療薬によるON/OFF現象等)			
貸与開始希望日 令和 年 月 日			