

軽度者に対する福祉用具貸与費算定に係る確認票

フリガナ					保険者番号		2	3	3	0	2	3
被保険者氏名					被保険者番号	0	0	0	0			
					性別	男 ・ 女						
生年月日	明・大・昭 年 月 日生											
住所	〒											
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1			<input type="checkbox"/> 要支援2			<input type="checkbox"/> 要介護1			<input type="checkbox"/> 申請中		
認定有効期間	年 月 日 から				年 月 日							
貸与種目	<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（つり具部分を除く）											
利用者の状態像 (該当に○)	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、頻繁に第23号告示第21号のイに該当する者 ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第23号告示第21号のイに該当する者 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第23号告示第21号のイに該当する者											
医師の医学的所見を示す書類	<input type="checkbox"/> 別紙 主治医意見書のとおり											
	<input type="checkbox"/> 別紙 サービス担当者会議等の記録のとおり											
	<input type="checkbox"/> 別紙 診断書のとおり											
	<input type="checkbox"/> 別紙 のとおり											
医療機関名						医師名						
その他提出書類	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書、介護予防サービス・支援計画書の写し											
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議の記録の写し											
<p>東 郷 町 長 様</p> <p>上記のとおり福祉用具貸与の例外給付について確認をお願いします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>指定居宅介護（介護予防）支援事業者名</p> <p>担当者氏名 Ⓜ 連絡先</p> <p>介護支援専門員番号</p>												
町確認欄	判断要件の適否				算定の可否				可 ・ 否			
	医師の医学的所見				適・否				不可の理由			
	サービス担当者会議				適・否							
	計画の位置付け				適・否							

※ 要支援の方のケアプランを委託されているケースは委託先で記入してください。

※ 確認の有効期間は確認票の提出日から要介護認定の有効期間満了日までとします。