

取手市長

軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認依頼について

軽度者の福祉用具貸与について、次のとおり医師の医学的な所見に基づいた、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより、(介護予防)福祉用具貸与が特に必要であると判断しましたので、確認を依頼します。

被保険者番号										介護度	
被保険者氏名										生年月日	明・大・昭 年 月 日
										性別	男・女
住所											
貸与品目										貸与事業者名	
貸与期間	年 月 日 ~			年 月 日							

○医師の医学的所見による判断(該当記号に○)

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 19 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 19 号のイに該当するに至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第 23 号告示第 19 号のイに該当すると判断できる者

○添付書類(1及び2)

- サービス担当者会議等の記録(居宅サービス計画標準様式第 4 表、介護予防支援経過記録等)
- 主治医の意見書又は診断書若しくは医師の医学的所見を記載した書類(居宅サービス計画標準様式第 5 表等)

※ 1 の記録で医師の医学的所見による判断が明記されている場合は、2 の書類の省略可能

事業者住所 _____

事業者名 _____ TEL _____

担当者 _____ (印)

上記、申請者の福祉用具貸与使用について認めます。

年 月 日

取手市長