

確認依頼書（軽度者に対する福祉用具貸与）

年 月 日

三 原 市 長 様

依頼者 居宅介護(介護予防)支援事業所

事業所コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

所在地 〒 -

事業所名

管理者

印

連絡先

- -

介護保険給付に係る軽度者に対する福祉用具の貸与について、次の被保険者は「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス, 居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成12年老企第36号)中, 第二の9(2)①(ウ), 若しくは, 「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成18年老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号 別紙1)中, 第二の11(2)①(ウ)の算定の可否の判定基準に該当します。つきましては, 関係書類を提出しますので, 保険者において同文中に規定する確認をお願いします。

1 当該被保険者

被保険者証番号																			
被保険者氏名																			
介護状態区分 (該当に○)	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	年 月 日 ~ 年 月 日																		

2 福祉用具貸与事業所

事業所コード																				
事業所名																				
種 目																				
品名・型番																				

3 該当する状態

<input type="checkbox"/> 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, 頻繁に利用者等告示第八十八号において準用する第三十一号のイに該当する者
<input type="checkbox"/> ii)	疾病その他の原因により, 状態が急速に悪化し, 短期間のうちに利用者等告示第八十八号において準用する第三十一号のイに該当することが確実に見込まれる者
<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判断から利用者等告示第八十八号において準用する第三十一号のイに該当すると判断できる者

4 適用期間

年 月 日 ~ 年 月 日

5 添付書類

<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与のサービスを必要とする理由 (1部)
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点 (1部)
<input type="checkbox"/> 医師の所見及び医師の名前を記載した居宅(介護予防)サービス計画書 (2部)

三原市確認欄

課 長	係 長	係 員	担当者