

調布市 福祉健康部 高齢者支援室 介護保険担当課長 宛

- 居宅介護支援事業所 _____
- 地域包括支援センター _____
- 担当介護支援専門員 _____

軽度者に対する福祉用具貸与にかかる確認依頼書(介護保険の保険者確認書)

| | | | | | |
|--------------|----------------------|----------|--------------------|------------|---------------------------|
| フリガナ | | | | 生年 月日等 | M・T・S 年 月 日生 (満 歳・男・女) |
| 利用者名 | | | | | |
| 住所等 | 〒 調布市 (電話: _____) | | | 被保険 者番号 | |
| 介護度 | 要介護1 要支援1・2 | 認定 期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | 確認日 (※) | 年 月 日 |
| 貸与する 福祉用具 | | | | 貸与 開始日 | 年 月 日から |

- ※ 確認日は主治医から医学的所見を入手した日を記入すること。
 ※ 更新後の認定結果が、要支援1, 2及び要介護1と認定された場合は再申請が必要になります。

1. 福祉用具貸与が必要な理由

| 該当欄 (○印) | 例外給付の対象とすべき事案区分 |
|-------------|--|
| | 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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当するもの(リウマチ・パーキンソン等) |
| | 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者(末期がん等) |
| | 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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者(慢性気管支炎等) |

2. 提出書類 (該当箇所に☑を入れること。)

- 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福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されていることを確認できるもの

ケアプラン4表(要介護1)/E表別表(要支援1・2)

- 医師の医学的所見に基づき判断されていることが確認できるもの

サービス担当者会議に主治医が参加している場合 ⇒ ケアプラン4表/E表別表

サービス担当者会議に主治医が参加していない場合 ⇒ 下記の①~③のいずれか

① 主治医意見書

② 医師の診断書

③ 軽度者に対する介護保険福祉用具貸与にかかる医学的所見について(調布市様式)

- 本人状態を確認できるもの

ケアプラン1表~3表, 6表, 7表(要介護1)/A表~D表(要支援1・2)

| | | |
|------------|---|--|
| 保険者 確認欄 | 上記の理由に基づき、介護保険の福祉用具貸与が [必要・不必要] と確認します。 調布市 福祉健康部 高齢者支援室 介護保険担当 | |
|------------|---|--|

※ 原本は提出先へ戻し、コピーを保険者で保管する。