

福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与確認申出書

(宛先) 京都市長		年 月 日										
被保険者氏名		被保険者番号										
申出者氏名	資格 ()											
所属事業所名	(連絡先) —											
福祉用具の種目		貸与開始月	平成	年	月							

下記のとおり、福祉用具貸与・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、確認を申し出ます。

1 医師の医学的な所見等

(1) 医師の所見 (次のいずれか)

- 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31号のイに該当する者
- 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31号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者
- 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31号のイに該当すると判断できる者

(2) 医師氏名及び医療機関名

(3) 添付資料 (次のいずれかの写し)

- 担当の介護支援専門員が聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見又は担当の指定介護予防支援事業所の職員が聴取した介護予防サービス計画に記載する医師の所見
- 主治医意見書 医師の診断書

2 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の結果

(1) サービス担当者会議の開催日 (平成 年 月 日)

(2) 出席者及び出席者の所属事業所名 (※添付資料に記載されている場合は記入を省略できます。)

(3) 福祉用具貸与が特に必要であると判断した理由

(4) 添付資料 (次のいずれかの写し)

- 居宅サービス計画第4表「サービス担当者会議の要点」
- 介護予防支援経過記録

区役所・支所等利用欄 (この欄は記入しないでください。)

福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与が特に必要であることが <input type="checkbox"/> 確認できたので、確認書を発行します。(発行日平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 確認できませんでした。	課長	係長	係員