

福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与確認申出書

被保険者の氏名、被保険者番号を記入してください。

申出月以降の貸与でなければ認められないため、申出漏れにご注意ください。

・申出年月日を記入してください。
・郵送の場合は、ポストに投函する日を記入してください。

(宛先) 京都市長		申出日		令和4年10月1日	
被保険者氏名		京都太郎		被保険者番号	
				10001-00000	
申出者	所属事業所名	京都介護センターABC(株)		連絡先	
	氏名	介護六郎		075(555)5555	
福祉用具の種目	☒ 車いす ☐ 車いす付属品 ☐ 特殊寝台 ☐ 特殊寝台付属品			貸与開始月	
	☐ 中ずれ防止用具 ☐ 体位変換器 ☐ 認知症老人用感知機器			令和4年10月	
☐ 移動用リフト ☐ 自動排泄処理装置					

下記の福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与が特に必要と認められる場合は、必要の福祉用具の種目について、該当するものにチェックを入れ、貸与開始月を記入してください。

申出者の所属事業所名、連絡先、氏名を記入し、該当する資格にチェックを入れてください。

(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号のイに該当することが確実に見込まれる者

医師の所見に基づきチェックを入れてください。

原因により、身体への重大な危険性又は症状の悪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した医師の所見を記入してください。

所見を行った医師及び所属する医療機関名を記入してください。

(2) 医師氏名及び医療機関名

京都病院 医者太郎

(3) 添付資料 (次のいずれかの写し)

☒ 担当の介護士等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

・医師の所見を証明する添付書類のいずれかにチェックを入れてください。
・必ずサービス担当者会議前に医師の所見を取ってください。

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 (令和4年9月13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。)

北介護用品センター(株) 介護四郎

・サービス担当者会議の開催日を記入してください。
・医師の所見日以降の日付でなければ認められません。

(3) 福祉用具貸与が特に必要であると判断した場合、(4)の添付資料に記載されている場合は記入不要です。

サービス担当者会議の出席者及びその事業所名を記入してください。

(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結果」

☐ 介護予防支援経過記録

【添付資料】(この欄は記入しないでください。)

サービス担当者会議を開催し、ケアマネジメントを行った結果が確認できる書面として添付する書類にチェックしてください。

福祉用具の貸与を利用することで、介護負担の軽減、日常生活の自立度向上が期待できる状況を詳細に記入してください。
「本人が希望したから」といった理由では認められません。