

担任	係長	課長
----	----	----

年 月 日

(あて先) 川崎市 区長

### 軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認依頼書

軽度者に対する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。

#### 1 対象者

- (1) 被保険者氏名 \_\_\_\_\_  
 (2) 被保険者番号 \_\_\_\_\_  
 (3) 要介護度 要支援1 要支援2 要介護1

#### 2 貸与品目等

- (1) 貸与品目種別 \_\_\_\_\_  
 (2) 貸与開始年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日  
 (3) 福祉用具貸与事業者 \_\_\_\_\_  
 (事業者番号) \_\_\_\_\_

#### 3 医師の医学的所見による判断

該当する状態

- 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94号告示第31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94号告示第31号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者  
 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94号告示第31号のイに該当すると判断できる者

#### 4 添付書類

- 1 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)  
 2 主治医の意見書又は診断書又は医師の医学的所見を記載した書類

※原則として1と2の両方の添付が必要です。ただし、1の記録において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の添付を省略することができます。

事業所名			
事業所番号		担当者	
連絡先	郵便番号： 住 所： T E L：		

保険者確認欄
--------