軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認依頼申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | フリガナ | |  | | | 保険者番号 | |  | | | | | ０ | ６ | ２ | １ | ３ | ３ |
| 被保険者氏名 | |  | | |
| 被保険者番号 | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 明・大・昭　　　　年　　　月　　　日 | | | | | 性別 | | | | 男・女 | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | | 要支援１　・　要支援２　・　要介護１　要介護２・３（自動排泄処理装置） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具の種類  （該当に○） | | | ア.車いす及び車いす付属品　イ.特殊寝台及び特殊寝台付属品　ウ.床ずれ防止用具及び体位変換機　エ.認知症老人徘徊感知機器　オ.移動用リフト　カ.自動排泄処理装置 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 貸与開始日 | | | 年　　月　　日～ | | | | 貸与事業所名  （予　　定） | |  | | | | | | | | | |
| 医師の医学的所見による判断について | | | 病名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 該当する  状態  （該当にチェック） | □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９４号告示第三十一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９４号告示第三十一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９４号告示第三十一号のイに該当すると判断できる者 | | | | | | | | | | | | | |
| 医師名 | （医療機関名） | | | | | | | | | | | | | | |
| 確認日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 確認方法 | 主治医意見書　診断書　主治医意見聴取　その他（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類  （該当にチェック） | | | □居宅サービス計画書１表、２表（介護予防サービス・支援計画表）（写）  □サービス担当者会議の要点（写）  □医学的な所見の確認書類（写） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 南陽市長　　　　様  　上記対象者について、関係書類を添えて確認依頼の申請をします。  　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 事業所名  申　請　者  （介護支援専門員）　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | |

南陽市記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 備　　　考 | 確　認　結　果 | 南陽市受付印欄※ |
|  | 該当・非該当 |
| 保険給付開始日 |
| 年　月　日 |

* 市で確認したものには受付印が押してあります。

新たに認定結果が出て、引き続き上記の給付が必要な場合には再度申請してください。