

居宅介護支援事業所 調布市居宅介護支援事業所

被保険者証で確認してください。  
間違いがあると受け付けられません。

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	チョウブ カゴ			生年月日等	M・T・S 10年10月10日生 (満82歳・男・女)
利用者名	調布 介護			被保険者番号	0123456789
住所等	〒182-8511 調布市小島町2-35-1 市役所コーポ101 (電話:042-481-7321)			確認日(※)	年 月 日
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	貸与開始日	年 月 日から
貸与する福祉用具	特殊寝台, 特殊寝台付属品				

※ 確認日は主治医から医師の所見を入手した日を記入すること。

※ 更新後の認定結果が、要介護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

対象用具は下記のとおりです。

- ・特殊寝台
- ・特殊寝台付属品
- ・床ずれ防止用具
- ・体位変換器
- ・認知症老人徘徊感知機器
- ・自動排泄処理装置

原則、申請日から遡及することのないようにしてください。

万が一、新規で2週間、更新で4週間以上遡及する場合は、理由書(任意)を添付してください。

該当欄	給付の対象
○	変動しやすく、該当するもの(リウマチ)
○	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該当する者(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を回避するために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

添付漏れがあると受け付けできませんのでご注意ください。

なお、適切なケアマネジメントにより特に貸与が必要であると判断・協議された結果・内容・所見等を4表・E表に記載すること(記載がないと要否の判断ができません)。

2. 提出書類 (該当箇所に入力すること。)

■ 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が実施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)

■ 医師の医学的な所見に基づき判断されていることを確認できるもの

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。