

軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認申請書

フリガナ		保険者番号		2	6	2	0	2	2
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0	0			
生年月日	大正・昭和 年 月 日	性別	男 ・ 女						
住 所	〒 電話番号								
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 申請中（令和 年 月 日）								
認定有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日								
医師の所見	該当状態区分	<input type="checkbox"/> 状態が変動しやすい <input type="checkbox"/> 状態が急速に悪化 <input type="checkbox"/> 危険・重篤化の回避							
	確認日/確認方法	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> その他()						
	医療機関名/医師名								
	病名								
福祉用具の種目	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置								
貸与開始予定日	令和 年 月 日 ～								

※添付書類：医師の医学的な所見が確認できる書類・サービス担当者会議等の記録・サービス計画書

舞鶴市福祉部高齢者支援課長 様

上記のとおり、福祉用具貸与が必要であると判断したので確認願います。
 なお、本件について、対象者等の同意を得ております。

令和 年 月 日

事業所名

所在地

担当者名

電話番号

<市記入欄>

確 認 書

上記について、添付書類等に基づき確認しました。

審査結果	<input type="checkbox"/> 貸与可 <input type="checkbox"/> 貸与不可	貸与不可理由				
決定年月日	令和 年 月 日	決裁	課長	主幹	係長	担当

※本確認は認定期間ごとに行ってください。