

軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認申請書

富士吉田市長 様

所在地
事業所名
担当者
連絡先

被保険者番号		被保険者氏名	
要介護度		要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3	
認定有効期間		年 月 日 ～ 年 月 日	
医師からの所見	確認日	年 月 日	確認者
	確認方法	主治医意見書 診断書 主治医意見聴取 その他 ()	
	医師名	(所属医療機関名)	
	病名		
*医師の所見に基づき該当する種目の区分欄に○をしてください。			
種目	該 当 区 分		
	i	ii	iii
車いす及び車いす付属品			
特殊寝台及び特殊寝台付属品			
床ずれ防止用具及び体位変換器			
認知症老人徘徊感知器			
移動用リフト (つり具の部分を除く)			
自動排泄処理装置			
<p>該当区分の判断根拠</p> <p>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、頻繁に上記に該当する者</p> <p>ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに上記に該当するに至ることが確実に見込まれる者</p> <p>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上記に該当すると判断できる者</p>			
状 況 等	チェックを入れた該当区分についての具体的状況 (例：パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象など)		市 確 印

サービス担当者会議の要点を必ず添付してください。

新たに認定結果が出て、上記の例外給付が必要な場合には再度提出してください。