

年 月 日

軽度者に対する福祉用具貸与確認申請書

(宛先) 佐久市長

事業所番号
事業所住所
事業所名
計画作成者氏名
電話番号

次の被保険者について、医師の医学的所見に基づき、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、確認をお願いします。

被保険者	氏 名	被保険者番号	
	住 所	生年月日	年 月 日 (歳)
		要介護度	要支援 _____ · 要介護 _____ · 申請中
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
貸与品目	福祉用具 の種類	1 車いす及び車いす付属品 2 特殊寝台及び特殊寝台付属品 3 床ずれ防止用具及び体位変換器	4 認知症老人徘徊感知機器 5 移動用リフト 6 自動排泄処理装置
	貸与開始 年月日	年 月 日	
利用者の 状態像 (○をつける)	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、判断表の対象者に該当	
	ii	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに判断表の対象者に該当することが確実に見込まれる	
	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判断表の対象者に該当すると判断できる	
主治医の 意見	確認年月日	年 月 日	
	確認方法	1 主治医意見書 2 診断書 3 医療・介護の多職種のための連携シート 4 介護支援専門員による主治医の意見聴取 5 その他 ()	
	主治医	医療機関名	医師名
	主治医 の見解	傷病名	福祉用具が必要な医学的見解
サービス担当者会議開催日	年 月 日		

※添付書類：サービス担当者会議録