

H18.4月
規定

軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認書

吉野川市 長寿いきがい課

作成者(ケアプラン担当者)

作成日 令和 年 月 日

事務所名																
所在地																
担当者名											連絡先					
被保険者番号											状態区分	要支援1 要支援2 要介護1				
被保険者氏名											※○で囲む					
認定有効期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日															

該当に○	種 目	状 態 像
	車いす及び車いす付属品	日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者
	移動用リフト (つり具の部分を除く)	生活環境において段差の解消が必要と認められる者
利用(貸与)開始日	令和 年 月 日 ~	
福祉用具貸与事業所	事業者名	

貸与を必要とする原因疾患・身体状況			
生活環境・介護状況	☐ ひとり暮らし ☐ 高齢者世帯 ☐ その他 ()		
用具利用の目的			
ケアプランにおけるリハビリ・機能訓練の内容			

医師の医学的な所見	確認方法 ※○で囲む	1 医師からの意見聴取 (電話 ・ 書面 ・ 面会) 2 主治医意見書閲覧 3 サービス担当者会議		
	確認日	令和 年 月 日		
	医師氏名		医療機関名	
	医師の所見 (医師から意見聴取した場合)			

添 付 書 類

- ①第1～3表 ケアプラン(写)
②第4表 サービス担当者会議の記録(写)

市
確
認
印

上記の件について確認しました。

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。