

H19.4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			

福祉用具の種類 (該当に○)	ア 車いす イ 車いす付属品 ウ 特殊寝台 エ 特殊寝台付属品 オ 床ずれ防止用具 カ 体位変換器 キ 認知症老人徘徊感知機器 ク 移動用リフト(つり具の部分を除く。)												
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												

該当する状態 (該当に○)	1 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、頻繁に第23号告示第19号のイに該当する者 (例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)											
	2 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに頻繁に第23号告示第19号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者 (例 がん末期の急速な状態悪化)											
	3 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第23号告示第19号のイに該当すると判断できる者 (例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)											

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)

上記の件について承認しました。

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。

市
承認
印