

(あて先) 板橋区健康生きがい部介護保険課長

軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認書

所在地
事業所名
担当者
連絡先

下記により、福祉用具貸与が必要と思われます。別紙サービス担当者会議の要点(第4表又はE表別紙)を添付しますので確認ください。

記

被保険者番号		フリガナ							
		被保険者氏名							
要介護度	要支援1	要支援2	要介護1	申請中	生年月日	年	月	日	
認定有効期間	年 月 日 ~		年 月 日						
医師からの所見	確認日	令和	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	
特殊寝台及び特殊寝台付属品	日常的に起きあがり困難な者								
	日常的に寝返りが困難な者								
床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者								
認知症老人徘徊感知器	意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者								
	移動において全介助を必要としない者								
移動用リフト (つり具の部分を除く)	日常的に立ちあがり困難な者								
	移乗が一部介助又は全部介助を必要とする者								
自動排泄処理装置	排便が全介助を必要とする者								
	移乗が全介助を必要とする者								
該当区分の判断根拠 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 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ことが確実に見込まれる者 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									
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)					区 確 認 印			

* 区が確認したのものには確認印が押してあります。

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。