

目黒区福祉用具貸与確認依頼兼確認書

確認書の提出日

令和〇年〇月〇日

- ・全ての欄を記入して提出してください。
(※1,2は除く)
- ・記載漏れ等、不備がありましたら給付係よりご連絡させていただくことができます。

事業者名 ○○○○居宅介護支援事業所

所在地 〒153-8573

東京都目黒区上目黒2丁目19番15号

担当ケアマネジャー等 介護 花子

電話 03-9999-9999

下記の福祉用具を貸与する状況であることを確認してください。

| | | | |
|--------|---------------------|--------|--|
| 被保険者氏名 | 介護 太郎 | 被保険者番号 | 0000000000 |
| 生年月日 | 〇年〇月〇日 | 介護度 | <input checked="" type="checkbox"/> 要支援(1) <input type="checkbox"/> 要介護() |
| 認定有効期間 | 令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日 | | |

※自動排泄処理装置は要介護2・3の方もチェックを入れ、介護度を記入してください

※1 更新・区分変更申請中は空欄で提出してください

| | | | | | |
|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 必要な貸与種目 | <input type="checkbox"/> |
| | 特殊寝台 付属品 | 床ずれ防止用具 体位変換器 | 認知症老人 徘徊感知機器 | 移動用リフト | 自動排泄 処理装置 |

| | | |
|--------|---------|---|
| 主治医の意見 | 主治医氏名 | 〇〇 〇〇 |
| | 医療機関名 | ○○○○病院 |
| | 意見取得年月日 | 令和〇年〇月〇日 |
| | 意見取得方法 | 〇 主治医の意見書 医師の診断書 ケアマネジャー等による医師からの聴取 |

| | |
|-----------|---------------|
| 疾病名その他の原因 | 喘息発作時等による呼吸不全 |
|-----------|---------------|

この欄に主治医の意見(医師の診断)は記載しないでください

| | |
|--------------|----------|
| サービス担当者会議開催日 | 令和〇年〇月〇日 |
|--------------|----------|

| | | | | |
|----------|--------------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|
| 例外給付対象状況 | <input type="checkbox"/> | 疾病その他の原因により、状態が変動しや | 疾病その他の原因により、状態が急速に | 疾病その他の原因により、身体への重大な危険 |
|----------|--------------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|

貸与を開始する日を記入してください。
更新申請に伴い、継続して福祉用具貸与を受けるために確認書を提出する場合は、貸与開始予定年月日は最新の認定有効期間の開始日となります。

| | | |
|-----------|----------|---|
| 貸与開始予定年月日 | 令和〇年〇月〇日 | 前回 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> |
|-----------|----------|---|

添付書類 医師意見書 担当者会議録

上記、確認いたします。

年 月 日

目黒区福祉課介護保険給付係

継続して貸与を受ける場合は有りにをしてください
今回新たに貸与を受ける場合は無しにをしてください

※2 給付係が記入するため記載は不要です