

目黒区福祉用具貸与確認依頼兼確認書

年 月 日

事業者名 _____

所在地 〒 _____

担当ケアマネジャー等 _____

電話 _____

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		被保険者番号	
生年月日	年 月 日	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()
認定有効期間	年 月 日 ~	年 月 日	

※自動排泄処理装置は要介護2・3の方も記入をお願いします。要支援か要介護の右の四角にチェックを入れ、介護度を記入してください。

必要な貸与種目	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				
	医療機関名				
	意見取得年月日				
	意見取得方法	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					
サービス担当者会議開催日	年 月 日				
例外給付対象状況	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、頻繁に上記の福祉用具が必要な状態に該当する者	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の福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者	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の福祉用具が必要な状態に該当する者		
貸与開始予定年月日				前回 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/>	

添付書類 医師意見書等 担当者会議録

上記、確認いたします。

年 月 日

目黒区介護保険課介護保険給付係