

令和 年 月 日

鹿 沼 市 長 宛

事業所名
事業所番号
開設法人名
代表者氏名 印

軽度者に対する福祉用具貸与の取扱いの特例に関する確認について（依頼）

下記の者に対する福祉用具貸与の必要性が、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成18年老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号。以下「留意事項通知」という。）第二の11の(2)の①のウに定める手続によって適切に判断されたことについて、確認願います。

記

1 被保険者の状況及び貸与が必要な福祉用具の種目及び理由

- (1) 住所：
(2) 氏名：
(3) 被保険者番号： 要介護度：要支援1・2
(4) 状態（留意事項通知第二の9の(2)の①のウのⅠ～Ⅲの中で、あてはまるものに○をし、被保険者の現在の状態、必要な福祉用具の種目及び理由を記入して下さい）

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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者

()

Ⅱ 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める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

()

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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者

()

2 添付書類

No	書類の内容	該当に○
1	留意事項通知第二の9の(2)の①のウのⅠ)からⅢ)のいずれかに該当することが医師の所見に基づいていることを証する書類	有 ・ 無
2	福祉用具貸与の必要性の判断がサービス担当者会議等を経た適切なケアマネジメントの結果を踏まえていることを証する書類	有 ・ 無
3	貸与が必要な福祉用具のカタログ	有 ・ 無

3 結果連絡先

事業者名	担当者及び連絡先
	住所： 電話： () 担当者名：