

軽度者に係る福祉用具貸与費算定確認書

向日市長様

被保険者番号	
被保険者氏名	
介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3 申請中（ 年 月 日付 新規・更新・区分変更）
認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日
福祉用具貸与品目	
添付書類	・医師の所見が記載されているもの ・サービス担当者会議の内容が分かるもの

上記の被保険者に対し、下記の1～3のいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断され、かつサービス担当者会議の結果、上記福祉用具の利用が必要と計画しましたので、添付書類にて確認願います。

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、頻繁に利用者等告示第31号のイに該当する者。
2. 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間の内に利用者等告示第31号のイに該当することが確実に見込まれる者。
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利用者等告示第31号のイに該当すると判断できる者

(※利用者等告示：平成27年厚生労働省告示第94号)

年 月 日

居宅介護支援事業所名
(介護予防支援事業所名)

介護支援専門員名
(地域包括支援センター職員名)

上記福祉用具貸与について利用が必要と確認しました
確 認 印