軽度者に係る福祉用具貸与に関する確認申請書

名取市長　あて

作成日　　年　　月　　日

作成者(担当ケアマネジャー)			
事業所名			
担当者名		連絡先	
被保険者			
被保険者番号		状態区分	
氏　　名		生年月日	
認定有効期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		

貸与品目	

該当する状態 (福祉用具貸与が必要な理由) ※○で囲む	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、頻繁に利用者等告示第31号のイに該当する者
	ii　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに頻繁に利用者等告示第31号のイに該当することが確実に見込まれる者
	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利用者等告示第31号のイに該当すると判断できる者

医師の所見	確認方法 ※○で囲む	1　主治医意見書　　2　診断書　　3　医師からの意見聴取	
	確認日	年　　月　　日	
	医師氏名		医療機関名
	医師の所見 (医師から意見聴取した場合)		

サービス担当者会議	担当者会議開催日	年　　月　　日
	添付書類	居宅(介護予防)サービス計画書およびサービス担当者会議の記録

年　　月　　日

上記内容につき、添付書類により給付の要件を確認しました。

名取市長　　印

※下記のとおり確認不可の種目は除きます。

確認不可の種目	(確認不可の種目とその理由)