

(あて先) 札幌市 区長

居宅介護（介護予防）支援事業者名
 管理者名

市 町 村 確 認 依 頼 書

福祉用具貸与の提供について、下記のとおり医師の医学的な所見に基づきサービス担当者会議等を通じ検討した結果、以下の対象者に対して、福祉用具貸与の保険給付が必要であると判断しましたので確認を依頼します。

1. 被保険者情報			
被保険者番号		氏 名	
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1		
(自動排泄処理装置の場合)	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1～3		
検討対象となる 福祉用具貸与種目 及び 直近の認定 基本調査結果	<input type="checkbox"/> 特殊寝台……………	起き上がり、寝返りのいずれかが「3. できない」以外	
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品……………	起き上がり、寝返りのいずれかが「3. できない」以外	
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具……………	寝返りが「3. できない」以外	
	<input type="checkbox"/> 体位変換器……………	寝返りが「3. できない」以外	
	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置(※1、※2)	排便、移乗のいずれも「4. 全介助」以外	
	<input type="checkbox"/> その他()……………	()	
	※1 尿のみを自動的に吸引するものを除く(特殊尿器については市町村依頼書の対象となりません。) ※2 交換可能部品を除く(福祉用具購入費として算定)		
2. 医師の医学的所見による判断内容			
医師名		医療機関名	
連絡先	TEL ()	FAX ()	
該当する状態	<input type="checkbox"/> 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、頻繁に第94号告示第31号のイに該当する者 <input type="checkbox"/> ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第94号告示第31号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者 <input type="checkbox"/> 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第94号告示第31号のイに該当すると判断できる者		
病 名			
3. サービス担当者会議情報			
開催日	年 月 日		
会議の概要	別添資料のとおり		
4. 添付書類(いずれも写しを添付すること)			
<input type="checkbox"/> 居宅(介護予防)サービス計画書(1～3表) <input type="checkbox"/> サービス担当者会議記録(4表) <input type="checkbox"/> 担当医からの聴取内容を記載した支援経過記録(5表) ※主治医意見書または診断書がある場合は添付願います。			
事業者名		事業者番号	
担当者名			
連絡先	住所:(〒)		TEL ()

【札幌市確認欄】	相談担当