記入例

軽度者に対する福祉用具貸与を必要とする届出書

新発田市長　様

下記の福祉用具貸与費の算定の可否について確認願います。　　令和　　年　　月　　日

事業所名	市へ提出した日を記入してください。			
事業所住所	TEL　　－			
担当介護支援専門員名				
被保険者番号			生年月日	明・大・昭　年　月　日
被保険者氏名				
住　所	TEL　　－			
要介護度	□ 要支援1		有効期間	令和　年　月　日
	□ 要支援2			～
	□ 要介護1			令和　年　月　日
	☑ 要介護2（キのみ）			
	□ 要介護3（キのみ）			

貸与を必要とした福祉用具	ア 特殊寝台　イ 特殊寝台付属品　ウ 床ずれ防止用具 エ 体位変換器　オ 認知症老人徘徊感知器　カ 移動用リフト（つり具除く） (キ) 自動排泄処理装置	
福祉用具の利用が必要な状態像	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
	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
	(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
開始予定年月日	令和　年　月　日　（(新)規　・　継続　）	

新規・継続のいずれかに○

医師意見等	医療機関名	
	医師名	
	確認方法	1. 主治医意見書　(2.) 診断書等　3. 医師からの意見聴取
	確認日	令和　年　月　日　※確認方法が上記1，2の場合は作成日

添付書類	☑ 居宅介護（介護予防）サービス計画の写し（医師名、所見が記載されているもの） ☑ サービス担当者会議の要点 ☑ 主治医意見書又は診断書の写し（聴取した場合は不要）

市処理欄

算定の可否	算定不可の場合その理由	備考	受付
可　・　不可			