

(宛先) 静岡市長

事業所住所  
事業所名  
代表者氏名  
作成者氏名  
電話番号

### 軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認届出書

福祉用具貸与について、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た適切なケアマネジメントにより（介護予防）福祉用具貸与が特に必要であると判断しましたので確認を依頼します。

|                           |                                                   |                                                                                                                                                       |             |  |
|---------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|
| 被保険者                      | 氏 名                                               |                                                                                                                                                       | 被保険者番号      |  |
|                           | 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 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 |             |  |
| 貸与品目                      | 福祉用具の種類                                           |                                                                                                                                                       |             |  |
|                           | 貸与開始年月日                                           | 令和 年 月 日                                                                                                                                              |             |  |
|                           | 福祉用具貸与事業所名                                        |                                                                                                                                                       | 福祉用具貸与事業所番号 |  |
| 被保険者の状態像（該当する項目に✓をしてください） |                                                   |                                                                                                                                                       |             |  |
|                           | 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94号告示第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94号告示第31号のイに該当すると判断できる者                                                                                      |             |  |
| 医師の医学的所見                  | 医療機関名                                             |                                                                                                                                                       | 医師氏名        |  |
|                           | 疾 病 等                                             |                                                                                                                                                       |             |  |
|                           | 担当の介護支援専門員による聴取のみの場合は、以下に医師に確認した日付、意見内容を記入してください。 |                                                                                                                                                       |             |  |
|                           | 確 認 年 月 日                                         | 令和 年 月 日                                                                                                                                              |             |  |
|                           | 医 師 の 意 見                                         | <居宅サービス計画等に記載した内容>                                                                                                                                    |             |  |

<添付書類> 原則、①、②の両方の添付が必要です（聴取のみの場合は①不要）

#### ① 医師の医学的な所見資料（下記のいずれか）

☐ 主治医意見書   ☐ 診断書   ☐ 診療情報提供書   ☐ 添付なし（聴取のみ）

#### ② サービス担当者会議等の記録（下記のいずれか）

☐ 【要支援1、2の場合】介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の記録）  
☐ 【要介護1～3の場合】第4表（サービス担当者会議の要点）