

福祉用具における同一品目複数台貸与に関する確認申請書

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号												
	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)											
	氏 名		性 別	男 ・ 女											
	住 所	〒 - 電話番号 () - 八幡浜市													
	要介護度		認定年月日	年 月 日											
	有効期間	年 月 日 から 年 月 日													

福祉用具の 種類・台数	
----------------	--

添 付 書 類	① 医師の医学的な所見（老企第36号第2の9(2)①ウの状態を判断した根拠） （医師名、医療機関名、疾患名、症状・状態等が確認できるもの。以下の中から1つ以上。） ☐ 主治医意見書（写し） ☐ 医師の診断書（写し） ☐ ②で医師の医学的な所見も記載 ※ 医師の所見が、福祉用具の必要性のみを述べている場合は不可 ※ 医師が会議に出席できず、文書により照会を行った場合は、照会内容及びその回答（写し）を添付すること ※ 医師が会議に出席できず、文書以外で照会を行った場合は、日時及び照会の方法も記載すること
	② サービス担当者会議の要点（第4表） ・ 福祉用具専門相談員の意見が記載されていること ・ ①及び福祉用具専門相談員の意見等を踏まえ、福祉用具貸与が特に必要であると判断した理由が記載されていること

八幡浜市長 様

上記により、サービス担当者会議等を通じ福祉用具の同一品目複数台貸与が特に必要であると判断したので確認をお願いします。

年 月 日

事業所名 _____

介護支援専門員 _____

（以下、市記入欄）

- ☐ 福祉用具の同一品目複数台貸与が特に必要であることを確認しました。
 ただし、この確認の有効期限は、現在の要介護（要支援）認定有効期間の満了日までとする。
- ☐ 福祉用具の同一品目複数台貸与が特に必要であることが確認できませんでした。

八幡浜市長

