

指定福祉用具貸与費に係る算定可否確認申請書

年 月 日

東三河広域連合長 様

担当居宅介護支援事業所(包括支援センター)

事業所(センター)名

担当者職氏名

介護支援専門員番号

連絡先(電話番号・FAX)

下記被保険者に対する指定福祉用具貸与にあたり、費用の算定可否について確認をお願いします。

被 保 険 者	被保険者番号											フリガナ											
												氏 名											
	性 別	男 ・ 女										生年月日	明・大・昭 年 月 日										
	住 所	〒																					
	認 定 区 分 (該当に○)	申請中・要支援1										申請日・認定日					年 月 日						
要支援2・要介護1										認定有効期間					年 月 日 から								
要介護2・要介護3															年 月 日 まで								
貸与福祉用具種別																							
可 否 の 判 断 基 準	医 師 の 医学的所見	次の判断基準に該当(該当番号を○で囲み括弧内に具体的事項を記載)																					
		i)()																					
		ii)()																					
			医療機関名												確認 方法	☐ 主治医意見書 ☐ 診断書(写し別添) ☐ 意見聴取(電話・面接) (聴取月日 月 日) ☐ 主治医との連絡票							
			医師氏名																				
	サ ー ビ ス 担当者会議 (福祉用具相談 員には◎印)	開催日		年 月 日										場所									
参加者氏名 (所属名)																							
担当者会議 での意見																							

* 添付書類: 介護(予防)サービス計画(又は暫定プラン)様式第1表～4表/介護予防支援経過記録等

(東三河広域連合記入欄)

判断要件の適否		可否 判定 欄	判断要件による 算 定 の 可 否	可 ・ 否
医師の医学的所見	適 ・ 否		備考(理由・条件)	
サービス担当者会議	適 ・ 否		可否決定日	年 月 日
計画の位置付け	適 ・ 否			

本申請書の判断要件の適否及び可否判定欄の記載をもって、確認通知に代えるものとします。