

## 軽度者への福祉用具貸与についての協議書

(あて先) 本庄市長

年 月 日

申出者	事業所名		所在地	
	担当者名		電話番号	

下記の被保険者について、医師の意見（医学的な所見）に基づき状態像が判断され、かつ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の結果、福祉用具貸与が特に必要と判断しましたので協議を依頼します。

### 1. 被保険者情報

被保険者氏名		被保険者番号	0000
生年月日	年 月 日 ( 歳 )	電話番号	
要介護度	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・認定申請中 ( 年 月 日 )		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

### 2. 必要と判断した福祉用具（対象品目に○をつけてください。）

	車いす		車いす付属品		特殊寝台
	特殊寝台付属品		床ずれ防止用具		体位変換器
	認知症老人徘徊感知機器		移動用リフト（つり具部分を除く。）		
	自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引するものを除く。）				
利用開始予定	年 月 日 開始 ・ 継続利用				

### 3. 医師の医学的所見・サービス担当者会議の開催状況等

医師の医学的所見 ※いずれかにチェック	主治医名				
	医療機関名				
	確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医学的所見書 <input type="checkbox"/> 医学的所見聴取確認書 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
サービス担当者会議の 開催状況 ※該当するものにチェック	開催日	年 月 日			
	出席者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族、同居人 <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 福祉用具相談員 <input type="checkbox"/> サービス提供事業者（サービス種別： ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
福祉用具が必要な理由	（医師の医学的な所見を踏まえ、対象者の状態等について具体的に記載し、福祉用具貸与の必要性を記載してください。）     				

※軽度者に対し当該福祉用具貸与を算定する場合は、必ず利用開始前に協議書等を提出してください。

※提出書類： ①協議書 ②医学的な所見の確認書類 ③サービス担当者会議の要点の写し

④居宅サービス計画書（第1表、第2表）、又は介護予防サービス・支援計画書の写し