

年 月 日

綾部市福祉保健部高齢者支援課長 様

居宅介護支援事業所
介護支援専門員

(印省略)

軽度者に対する福祉用具貸与の確認について

様は下記により が必要と考えますので
別紙書類を添えて確認を依頼します。

記

〈該当する事項〉

- 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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する人
- 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定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる人
- 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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる人

別紙書類

- ・ サービス担当者会議の要点
- ・ 医師の医学的な所見 (医師により病名及び種目の必要性が記載されたもの)