

# 福祉用具貸与確認依頼書

令和 年 月 日

垂水市保健課長 様

事業所所在地  
事業所名  
電話番号  
担当者名

下記の軽度者に対する福祉用具貸与の確認を依頼します。

(対象者)

住 所 垂水市  
氏 名  
生年月日 M・T・S

(福祉用具) ・車椅子 ・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 ・徘徊感知機器 ・移動用リフト ・自動排泄処理装置

(福祉用具貸与が必要と判断される状態)

該当する番号を○で囲んで、該当する病名を記入して下さい。

- 1 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者  
病名 ( )
- 2 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該当する者。  
病名 ( )
- 3 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者。  
病名 ( )

(市町村記入欄)

上記依頼について確認した結果

- ・ 福祉用具貸与を認める。
- ・ 次の理由により福祉用具貸与を認めない。

(理由

)