

補装具の判定依頼に係る確認票

市町村名 ()

担当者名 ()

介護保険対象者で、障害者総合支援法による補装具(オーダーメイド)が必要な方については下記により確認の上、判定依頼を行って下さい。

氏 名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (歳)
-----	--	-------	------	------------

1 被保険者区分

- ・ 第一号被保険者 (65歳以上)
- ・ 第二号被保険者 (40歳以上65歳未満)

○第二号被保険者の場合該当する疾患名を囲んで下さい。

特 定 疾 患	・ 初老期における認知症	・ 筋委縮性側索硬化症	・ パーキンソン病関連疾患
	・ 後縦靱帯硬化症	・ 骨折を伴う骨粗鬆症	・ 多系統筋萎縮症
	・ 早老症	・ 脊髄小脳変性症	・ 関節リウマチ
	・ 脊柱管狭窄症	・ 脳血管障害	・ 閉塞性動脈硬化症
	・ 慢性閉塞性肺疾患	・ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症	
	・ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症		
			・ がん末期

2 ・ 生活保護受給の有無 (有 ・ 無)

3 要介護状態区分

- ・ 非該当 (非該当通知等の写しを添付)

- ・ 該当

- | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|
| ・ 要支援1 | ・ 要支援2 | | | |
| ・ 要介護1 | ・ 要介護2 | ・ 要介護3 | ・ 要介護4 | ・ 要介護5 |

4 居住地

- ・ 在宅
- ・ 入院 (病院名)
退院予定日 (平成 年 月 日)
- ・ 介護保険対象施設入所 施設名 ()
施設の種別 ()

5 介護認定軽度者で車いすレンタルが認められなかった場合

(原則、サービス担当者会議でも車いすレンタルが認められなかった場合、補装具での判定依頼となります。)

- ・ サービス担当者会議の開催の有無 (有 ・ 無)

○ 車いす等のレンタルが認められなかった理由

(事業者名等)

6 オーダーメイドが必要な理由

--

※ (医師の意見書等がありましたら添付して下さい。)