

## 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、障害者自立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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 初老期における認知症</li> <li>・ 後縦靭帯硬化症</li> <li>・ 早老症</li> <li>・ 脊柱管狭窄症</li> <li>・ 慢性閉塞性肺疾患</li> <li>・ 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 筋萎縮性側索硬化症</li> <li>・ 骨折を伴う骨粗鬆症</li> <li>・ 脊髄小脳変性症</li> <li>・ 脳血管障害</li> <li>・ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ パーキンソン病関連疾患</li> <li>・ 多系統筋萎縮症</li> <li>・ 関節リウマチ</li> <li>・ 閉塞性動脈硬化症</li> <li>・ がん末期</li> </ul>
------	--	--	--

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 ( 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。)