

判定依頼書

福岡県障がい者更生相談所長 殿

令和 第 年 月 日 号

市町村長

下記の者に対する判定を依頼します。

申請者	氏名	年 月 日生(才)		
	住所			
身体障害者手帳	交付年月日	年 月 日	番号	第 県・市号
障害名 又は 疾患名	(難病等の場合は該当する疾患名を記載)		程度	級
判定依頼事項 (該当事項に○)	1 自立支援医療費(更生医療)(新規・再認定・変更)要否判定 2 補装具費(新規・再支給・借受け・修理)要否判定 補装具の名称 希望業者名 3 その他			
補装具費 支給状況	有 ・ 無			
	最近5年間(無い場合は直近)の補装具購入・借受け・修理状況			
	補装具名	年	月	日購・借・修
	補装具名	年	月	日購・借・修
	補装具名	年	月	日購・借・修
	補装具名	年	月	日購・借・修
備考	来所希望年月日 年 月 日			
	その他の事項			
				借受けの意向… 有・無

市町村担当課・担当者名 ()

介護保険に係る調査書

(介護保険による福祉用具貸与が困難な理由の確認)

氏名	生年月日 年 月 日生 (歳)
要介護認定の申請 (あり ・ なし ・ 申請中 ・ 申請予定)	
介護認定の結果 (非該当 ・ 要支援 1・2 ・ 要介護 1・2・3・4・5) *直近の認定年月日 (年 月 日)	
<p>介護保険による福祉用具貸与が困難な理由は、以下の1~4のうち、いずれに該当しますか？該当する番号に○をし、その理由について記載してください。</p> <p style="text-align: right;">[※法的優先順位：障害者総合支援法 < 介護保険法]</p>	
<p>1 レディメイドの車椅子(電動車椅子)では対応できない場合</p> <p>①福祉用具貸与で検討した全ての車椅子等のメーカー、品番、型番等 (※カタログ(価格が記載されたもの)等(写し)を添付すること。</p> <div style="border: 1px solid blue; height: 60px; margin: 5px 0;"></div> <p>②①の車椅子(電動車椅子)では、対応が困難な<u>具体的な理由</u>を記載してください。</p> <div style="border: 1px solid blue; height: 60px; margin: 5px 0;"></div>	
<p>2 要支援1,2及び要介護1の方(福祉用具貸与の対象外)場合</p> <p>「例外給付」の検討状況及びその結果について記載してください。</p> <div style="border: 1px solid blue; height: 60px; margin: 5px 0;"></div>	
<p>3 ケアプランの状況等で福祉用具貸与が受けられない場合</p> <p>その理由について、具体的に記載してください。</p> <div style="border: 1px solid blue; height: 60px; margin: 5px 0;"></div>	
<p>4 その他、福祉用具貸与が困難な場合</p> <p>その理由について、具体的に記載してください。</p> <div style="border: 1px solid blue; height: 60px; margin: 5px 0;"></div>	
<p>調査日： 年 月 日 市町村調査者氏名：</p>	