

軽度者に対する福祉用具貸与のための確認申請書

1 利用者の情報

(1)被保険者氏名		(2)被保険者番号																		
(3)要介護度等	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3															
(4)認定有効期間	年 月 日～				年 月 日															

2 確認事項

(1)軽度者に対する貸与品目	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置
(2)医師の意見（医学的な所見）	<input type="checkbox"/> i) 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、頻繁に第94号告示(平成27年厚告第94号。以下同じ。)第31号のイに該当する者 <hr/> <input type="checkbox"/> ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第94号告示第31号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者 <hr/> <input type="checkbox"/> iii) 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第94号告示第31号のイに該当すると判断できる者 <hr/> 上記医学的な所見の確認方法 <input type="checkbox"/> 主治医意見書により確認 <input type="checkbox"/> 医師の診断書により確認 <input type="checkbox"/> 医師から所見を聴取することにより確認 <input type="checkbox"/> その他〔 _____ 〕
(3)福祉用具貸与が特に必要である旨の判断	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要である旨を判断
備考	1 (1)、(2)、(3)の項目ごとにチェックが必要です。なお、(2)はi)、ii)、iii)のいずれかにチェック、そしてその確認をした方法について、いずれかの項目にチェックをしてください。 2 (2)、(3)の項目について、その判断をした資料の写しを添付してください。なお、(2)の『医師から所見を聴取することにより確認』の場合は、担当の計画作成担当者が医師から所見を聴取したものを、 <u>要介護状態の場合は「第5表」、要支援状態の場合は「介護予防支援経過記録（当該記載のあるページのみ）」に記載したものの写しを提出してください。</u> なお、この際、当該医師の名前も記載されている必要があります。(3)については、 <u>要介護状態の場合は「第4表」、要支援状態の場合は「介護予防支援経過記録（福祉用具貸与に関する記載のあるページのみ）」の写しを提出してください。</u>

帯 広 市 長 様

指定（介護予防）福祉用具貸与を居宅（介護予防）サービス計画に位置付けるため、上記のとおり必要な事項とともに関係書類を添えて申請しますので、確認を願います。

令和 年 月 日

居宅介護(介護予防)支援事業者名

計画作成担当者