

課長	課長補佐	係長	主査	係

軽度者に係る福祉用具貸与確認依頼書兼通知書

粕屋町長 殿

標記について、下記のとおり対象外種目の福祉用具貸与費算定に係る確認を依頼します。

受付印

【添付書類】

サービス担当者会議録(第4表) ケアプラン第1表及び第2表 貸与に関わる課題分析表等

申請日		年 月 日											
1	フリガナ												
	被保険者氏名						被保険者番号						
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日					性別	男性・女性					
	要介護状態区分/有効期間	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3					年 月 日 ~ 年 月 日						
2	福祉用具を必要とする理由	<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3の状態像に該当する。											
		<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3の状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる。											
		<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3の状態像に該当すると判断できる。											
3	確認を必要とする福祉用具及び該当する状態像	<input type="checkbox"/> ア 車いす及び車いす付属品					<input type="checkbox"/> 日常定期に歩行が困難な者						
							<input type="checkbox"/> 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる						
		<input type="checkbox"/> イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品					<input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難な者						
							<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者						
		<input type="checkbox"/> ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器					<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者						
							<input type="checkbox"/> エ 認知症老人徘徊感知機器					<input type="checkbox"/> 意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動において全介助を必要としない者	
<input type="checkbox"/> オ 移動用リフト(つり具の部分を除く)					<input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者								
					<input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者					<input type="checkbox"/> 生活環境において段差の解消が必要と認められる者			
<input type="checkbox"/> カ 自動排泄処理装置					<input type="checkbox"/> 排便が全介助を必要とする者かつ移乗が全介助を必要とする者								
4	利用期間	年 月 ~ 年 月 (月 日間)											
5	医療機関名称						主治医氏名						
	利用者の状態像が2のi~iiiまでのいずれかに該当する旨についての医師の所見	情報収集方法		<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 医師からの聴取 <input type="checkbox"/> 担当者会議		情報収集年月日		年 月 日		直近の受診日		年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 別紙参照											
6	福祉用具貸与が特に必要な状況	サービス担当者会議実施日		年 月 日									
		<input type="checkbox"/> 別紙参照											
7	作成者	事業所番号											
		事業所名称											
		事業所住所											
		電話番号											
		担当者氏名					印						

上記の届出による福祉用具に対し、介護給付の対象とすることについて、右のとおり判定し通知いたします。 年 月 日	可	不可
--	---	----

※ 軽度者に関わる当該福祉用具が介護保険の給付対象となるためには、事前に保険者の確認が必要になります。

※ 利用期間はケアプランの期間と合わせるようにしてください。