

軽度者に係る福祉用具貸与費の算定可否確認申請書

南知多町長 様

下記のとおり、確認をお願いします。

届出年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0	生年月日	大・昭 年 月 日
	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名		電話番号	() -
	住 所	〒470- 南知多町大字 番地		
要介護状態区分	<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 <input type="checkbox"/> 申請中			
認定の有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
確認を必要とする 福祉用具及び該当 する状態像	<input type="checkbox"/>	車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/>	日常的に歩行が困難な者
	<input type="checkbox"/>	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"/>	床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者
	<input type="checkbox"/>	体位変換器	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者
	<input type="checkbox"/>	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"/>	自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/>	排便が全介助を必要とし、かつ移乗が全介助を必要とする者
※電動車椅子・移動用リフトについては、別様式。				
福祉用具を必要とする理由	<input type="checkbox"/>	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、頻繁に上記の状態像に該当する。		
	<input type="checkbox"/>	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに上記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"/>	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上記の状態像に該当すると判断できる。		
疾病その他の原因 (具体的な状態)				
特に必要と判断した理由				
医師の医学的な 所見の確認方法	<input type="checkbox"/>	主治医意見書	<input type="checkbox"/>	医師の診断書
	<input type="checkbox"/>	医師から意見を聴取 (聴取年月日 令和 年 月 日)		
サービス担当者会議の開催日(複数日の場合は最終日)	令和 年 月 日			
有効期間 開始日	令和 年 月 日			
主治医師から得た情報及び、福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について、適切な助言が可能な者が参加する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、上記の被保険者に対し福祉用具貸与が適切であると判断しました。 居宅介護支援事業所名 担当ケアマネジャー氏名				

添付書類 ①居宅(介護予防)サービス計画書(写) ②サービス担当者会議の記録(写) ③医師の医学的所見の確認書類(写)

- ※① 居宅サービス計画書は第1表・第2表、介護予防サービス計画書は介護予防サービス・支援計画書。
- ※② 居宅サービス計画書の第4表。介護予防の場合は、介護予防支援経過記録に該当する書面。
- ※③ 「医師の所見」・「医師氏名」・「当該福祉用具貸与が特に必要な理由」が記載されたもの。

保険者確認欄

福祉用具貸与の可否
可 ・ 不可

保険者受付印

◎継続して貸与を受けるためには、有効期間が切れる前に、再度、確認申請書(添付書類含む)を提出してください。