

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

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 (歳)														
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"/> 経過的要介護														
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 ※必要な品目に○を付けてください。	車いす及び車いす付属品	特殊寝台及び特殊寝台付属品
	床ずれ防止用具及び体位変換器	認知症老人徘徊感知機器
	移動用リフト（つり具の部分を除く）	
(2)医師の意見 (医学的な所見) ※該当項目にチェックしてください。 ※i)～iii)をチェックし確認方法にチェックしてください。	医療機関名	
	主治医名	
	<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23号告示(平成12年厚告第23号。以下同じ。)第19号のイに該当する者	
	<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23号告示第19号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者	
	<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23号告示第19号のイに該当すると判断できる者	
	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（主治医意見書の写しの添付が必要です） <input type="checkbox"/> 医師の診断書等により確認（診断書等の写しの添付が必要です） <input type="checkbox"/> 医師から所見を聴取することにより確認（備考2を参照してください） <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3を参照してください）	
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し、その確認をした方法について、いずれかにチェックをしてください。 2 (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1の場合は「第6表居宅介護支援経過」の写し、要支援1・要支援2の場合は「介護予防支援経過記録」の写しを提出してください。</u> （当該医師の名前も記載されている必要があります。） 3 (3)については、 <u>要介護1の場合は「第4表サービス担当者会議の要点」の写し、要支援1・要支援2の場合は「介護予防支援経過記録」の写しを提出してください。</u>		

芽室町長 手 島 旭 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、確認をお願いします。

令和 年 月 日

居宅介護(介護予防)支援事業者名 _____ (印)

計画作成担当者 _____ (印)

以下は芽室町確認欄になりますので、記入しないでください。-----

上記申請内容を確認しました。 令和 年 月 日 確認者職氏名 _____ (印)