

軽度者の福祉用具貸与に関する確認依頼書

下田市長 様

次の被保険者に対する福祉用具貸与又は介護予防福祉用具貸与について、医師の医学的所見に基づき、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、対象外種目の貸与が特に必要であると判断したので、確認をお願いします。

|              |         |  |
|--------------|---------|--|
| 計画を担<br>当する者 | 事業所名    |  |
|              | 事業所の所在地 |  |
|              | 電話番号    |  |
|              | 計画作成者氏名 |  |

|                            |        |                                    |        |       |
|----------------------------|--------|------------------------------------|--------|-------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報 | 被保険者氏名 |                                    | 被保険者番号 |       |
|                            | 生年月日   | 年 月 日                              | 性別     | 男 ・ 女 |
|                            | 要介護度   | 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・申請中（申請日 ） |        |       |
|                            | 認定有効期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日                      |        |       |

|                                                          |                                      |                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 福<br>祉<br>用<br>具<br>を<br>必<br>要<br>と<br>す<br>る<br>理<br>由 | <input type="checkbox"/>             | i) 疾病その他の原因により、状態像が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に第95号告示第25号（要支援者については告示第23号第65号により準用）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95号告示第25号（要支援者については告示第23号第65号により準用）のイに該当す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95号告示第25号（要支援者については告示第23号第65号により準用）のイに該当すると判断できる者 |
|                                                          | *疾患名、状態、福祉用具を利用することで何が出来ようになるか等簡潔に記入 |                                                                                                  |

|                                           |                          |                              |                          |                                   |
|-------------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| な<br>貸<br>与<br>福<br>祉<br>が<br>用<br>必<br>要 | <input type="checkbox"/> | 車いす及び車いす付属品※ <sub>1</sub>    | <input type="checkbox"/> | 認知症老人徘徊感知器                        |
|                                           | <input type="checkbox"/> | 特殊寝台及び特殊寝台付属品                | <input type="checkbox"/> | 移動用リフト（床走行式・固定式）                  |
|                                           | <input type="checkbox"/> | 床ずれ防止用具                      | <input type="checkbox"/> | 移動用リフト（昇降座椅子）                     |
|                                           | <input type="checkbox"/> | 体位変換器                        | <input type="checkbox"/> | 移動用リフト（段差解消機・階段移動用）※ <sub>1</sub> |
|                                           | <input type="checkbox"/> | 自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引するものを除く。） |                          |                                   |
|                                           | 貸与開始（予定）日※ <sub>2</sub>  |                              | 年 月 日                    |                                   |

|                  |                          |                                                                                                             |
|------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 添<br>付<br>書<br>類 | <input type="checkbox"/> | 居宅サービス計画書（第1～3表）又は介護予防サービス・支援計画書の写し                                                                         |
|                  | <input type="checkbox"/> | サービス担当者会議の要点の写し（介護予防支援の場合は、介護予防支援経過記録の写しで可）                                                                 |
|                  | <input type="checkbox"/> | 医師の医学的な所見のわかるものの写し（疾患名、福祉用具が必要な症状等が記入されていること）※ <sub>1</sub><br>※ <sub>1</sub> サービス担当者会議の要点等に詳細な記載のある場合には省略可 |

下田市記入欄

|                                                         |               |             |  |
|---------------------------------------------------------|---------------|-------------|--|
|                                                         |               | 年 月 日       |  |
| 「軽度者の福祉用具貸与に関する確認依頼書」の内容について、添付書類等により例外給付の要件を確認した。      |               |             |  |
|                                                         |               | 下田市長 松木 正一郎 |  |
| 確認の有効期間                                                 | 年 月 日 ～ 年 月 日 |             |  |
| 確認を行った福祉用具種別                                            |               |             |  |
|                                                         |               | 受付印         |  |
| ※ <sub>2</sub> 継続して貸与を受ける場合、確認終了日に到達する前に確認申請を行う必要があります。 |               |             |  |