

軽度者に係る福祉用具貸与に関する確認申請書

福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）に係る確認について、次のとおり申請します。

		申請日	令和	年	月	日		
対象者	氏名		被保険者番号	0	0	0	0	0
	住所	三戸町大字			電話番号			
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	
	要介護 状態区分	要支援〔 〕		要介護〔 〕				
		□認定申請中〔申請日		年	月	日〕	〔一次判定	
認定有効期間	年		月	日	～	年	月	日

申請理由 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する(例:パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)
	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる(例:がん末期の急速な状態変化)
	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的見地から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる。(例:ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)

対象品目 および 状態像 (□にチェック)	対象品目	該当する状態像
	<input type="checkbox"/> 車いす・車いす付属品	
<input type="checkbox"/> 特殊寝台・特殊寝台付属品		<input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難
付属品〔 〕		<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具		<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難
<input type="checkbox"/> 体位変換器		<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする <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(段差解消機のみ)
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 (尿のみを自動吸引する機能のものを除く)		<input type="checkbox"/> 排便において全介助を必要とする <input type="checkbox"/> 移乗において全介助を必要とする

医学的所見の確認方法 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 診断書	<input type="checkbox"/> 医師から所見を聴取
居宅介護(予防)支援 事業所名	電話番号		
担当者 職・氏名			

【添付書類】①サービス担当者会議の要点

- ・医学的所見を聴取した場合は、その内容を記入してください
- ・身体状況や、福祉用具を使用することにより「どのような効果が得られるのか」等について具体的に記入してください

②居宅(介護予防)サービス計画書

確認および受付印

上記申請内容について確認しました。