

軽度者に係る福祉用具貸与の確認申請書

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号												
	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)											
	氏名		性別	男 ・ 女											
	住所	〒 - 電話番号 () - 八幡浜市													
	要介護度		認定年月日	年 月 日											
	有効期間	年 月 日 から 年 月 日													

福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く。） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置
---------	--

老企第36号 第2の9(2) ①ウの状態	<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、頻繁に厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（平成27年厚生労働省告示第94号。以下「利用者等告示」という。）第31号のイに該当する者（利用者等告示第88号において準用する場合を含む）
	<input type="checkbox"/>	ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第31号のイに該当することが確実に見込まれる者（利用者等告示第88号において準用する場合を含む）
	<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利用者等告示第31号のイに該当すると判断できる者（利用者等告示第88号において準用する場合を含む）

添付書類	① 医師の医学的な所見（老企第36号第2の9(2)①ウの状態を判断した根拠） （医師名、医療機関名、疾患名、症状・状態等が確認できるもの。以下の中から1つ以上。） <input type="checkbox"/> 主治医意見書（写し） <input type="checkbox"/> 医師の診断書（写し） <input type="checkbox"/> ②で医師の医学的な所見も記載 ※ 医師の所見が、福祉用具の必要性のみを述べている場合は不可 ※ 医師が会議に出席できず、文書により照会を行った場合は、照会内容及びその回答（写し）を添付すること ※ 医師が会議に出席できず、文書以外で照会を行った場合は、日時及び照会の方法も記載すること ② サービス担当者会議の要点（第4表） ・ 福祉用具専門相談員の意見が記載されていること ・ ①及び福祉用具専門相談員の意見等を踏まえ、福祉用具貸与が特に必要であると判断した理由が記載されていること ③ 確認申請書等の提出が遅れた理由（すでに貸与を開始している場合）
------	--

八幡浜市長 様

上記により、医師の医学的所見から老企第36号第2の9(2)①ウの状態であると判断し、かつサービス担当者会議等を通じ福祉用具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。

年 月 日

事業所名

介護支援専門員

(以下、市記入欄)

- 福祉用具貸与が特に必要であることを確認しました。
 ただし、この確認の有効期限は、現在の要介護（要支援）認定有効期間の満了日までとする。
- 福祉用具貸与が特に必要であることが確認できませんでした。

八幡浜市長

