軽度者に対する福祉用具貸与に係る承認申請書

雲南広域連合長　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | | | | | 被保険者氏名 | |  |
| 要介護等状態区分 | 要支援１　　　　要支援２　　　　要介護１　　　（　要介護２　　　要介護３） | | | | | | | |
| 認定の有効期間 | 年　　月　　日　　　～　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| 福祉用具貸与の計画期間 | 年　　月　　　～　　　　　　　年　　月 | | | | | | | |
| **対象福祉用具・該当例外規定（該当に○）** | | | | | | | | |
| （1）車いす及び車いす付属品 | | |  | 日常的に歩行が困難な者 | | | | |
| （2）特殊寝台及び特殊寝台付属品 | | |  | 日常的に起きあがりが困難な者 | | | | |
|  | 日常的に寝返りが困難な者 | | | | |
| （3）床ずれ防止用具及び体位変換器 | | |  | 日常的に寝返りが困難な者 | | | | |
| （4）認知症老人徘徊感知機器 | | |  | 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 | | | | |
|  | 移動において全介助を必要としない者 | | | | |
| （5）移動用リフト  （吊り具の部分を除く。） | | |  | 日常的に立ち上がりが困難な者 | | | | |
|  | 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 | | | | |
| （6）自動排泄処理装置 | | |  | | 排便が全介助を必要とする者 | | | |
|  | | 移乗が全介助を必要とする者 | | | |
| **医師の意見（医学的な所見）の確認方法** | | | | | | | | |
| 医療機関 |  | | | | | 確認年月日 | | 年　　月　　日 |
| 主治医氏名 |  | | | | |
| 対象者の状態  （いずれかに○） | 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、頻繁に対象福祉用具が必要な状態 | | | | | | |
| Ⅱ | 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに対象福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる状態 | | | | | | |
| 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対象福祉用具が必要な状態 | | | | | | |
| 確認方法  （いずれかに○） | 文書による確認  担当者会議への出席  ケアマネによる聞き取り | | | | | | 添付書類  （いずれかに○） | 主治医意見書  医師の診断書  担当者会議の記録  聞き取りの記録書 |
| **サービス担当者会議の概要** | | | | | | | | |
| 担当者会議の記録 | 別添のとおり | | | | | 開催年月日 | | 年　　月　　日 |
| **適切なケアマネジメント（居宅サービス計画上の位置づけ）** | | | | | | | | |
| 居宅サービス計画書（１）・（２）の写し  又は介護予防サービス計画・支援計画表の写し | | | | | | 別添のとおり | | |

以上のとおり相違ありませんので承認願います。

　　　　　　年　　月　　日

　　居宅介護（介護予防）支援事業所

　　　　　　　　管理者名