

軽度者に対する福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）確認申請書

神栖市長 様

		申請年月日	年	月	日
担当介護支援 専門員		事業所名			
事業所住所	〒		電話番号		

福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）の例外給付に係る確認を受けたいので、次のとおり申請します。

1	被保険者	氏名				被保険者番号								
		住所				生年月日								
		要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 認定申請中（申請日 年 月 日）											
		認定有効期間	年 月 日～			年 月 日								
2	福祉用具を 必要とする 理由	<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、頻繁に厚生労働大臣が定める状態に該当する。											
		<input type="checkbox"/>	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣が定める状態になることが確実に見込まれる。											
		<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判断から厚生労働大臣が定める状態に該当すると判断できる。											
3	確認を必要とする福祉用具及び該当する状態像	<input type="checkbox"/>	車いす及び車いす付属品	日常的に歩行が困難な者										
		<input type="checkbox"/>	特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/>	日常的に起き上がりが困難な者									
		<input type="checkbox"/>	床ずれ防止用具及び体位変換器	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者									
		<input type="checkbox"/>	認知症老人徘徊感知機器	意志の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障があり、かつ移動において全介助を必要としない者										
		<input type="checkbox"/>	移動用リフト（つり具部分を除く）	<input type="checkbox"/>	日常的に立ち上がりが困難な者									
		<input type="checkbox"/>	自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。）	<input type="checkbox"/>	移乗が一部介助または全介助を必要とする者									
4	2の福祉用具を必要とする理由を確認した方法	<input type="checkbox"/>	主治医意見書											
		<input type="checkbox"/>	医師の診断書等											
		<input type="checkbox"/>	医師から所見を聴取											
5	サービス担当者会議開催日	年 月 日												
6	貸与開始日（貸与開始予定日）	年 月 日												

- ※添付書類 1 医師の医学的な所見に係る書類（居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所）任意の様式、主治医意見書又は医師の診断書ないし所見書のいずれか）
2 サービス担当者会議に係る書類

※ 厚生労働大臣が定める状態とは、厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（平成27年厚生労働省第94号利用者等告示第31号のイ）で定める状態像を指す。