

特定福祉用具貸与確認申請書

年 月 日

牛久市長 殿

下記のとおり、特定福祉用具の貸与を受けたいので確認願います。

★申請者

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|------|---|--|--|--------|--------|--------------|--|--|-------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者 | 氏名 | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | 生年月日 | | | | M T S | 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 | | | | 認定有効期間 | 年 月 日～ 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 居宅介護(介護予防)支援事業者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具貸与事業所名(予定) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

★対象品目・利用者の状態像

| 確認を必要とする福祉用具及び該当する状態像 | 対象品目 | | 利用者の状態像(7～9は厚生労働省通知の符号) |
|-----------------------|--------------------------|-------------------|--|
| | <input type="checkbox"/> | 車いす及び車いす付属品 | ア <input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者 (基本調査1-7「3」に該当) イ <input type="checkbox"/> 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者 |
| | <input type="checkbox"/> | 特殊寝台及び特殊寝台付属品 | ア <input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難な者 (基本調査1-4「3」に該当) ア <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者 (基本調査1-3「3」に該当) ウ <input type="checkbox"/> 医師の所見により特に必要と判断された者 |
| | <input type="checkbox"/> | 床ずれ防止用具及び体位変換器 | ア <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者 (基本調査1-3「3」に該当) ウ <input type="checkbox"/> 医師の所見により特に必要と判断された者 |
| | <input type="checkbox"/> | 認知症老人徘徊感知器 | ア <input type="checkbox"/> 意思の伝達等に支障がある者 (基本調査 〃に該当) ア <input type="checkbox"/> 移動において全介助を必要としない者 (基本調査2-2「4」以外に該当) |
| | <input type="checkbox"/> | 移動用リフト(つり具の部分を除く) | ア <input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者 (基本調査1-8「3」に該当) ア <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 (基本調査2-1「3」又は「4」に該当) イ <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者 ウ <input type="checkbox"/> 医師の所見により特に必要と判断された者 |

★利用者の状態像イ

| | | |
|------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 添付書類(貸与を必要とする根拠) | <input type="checkbox"/> | i サービス担当者会議の要点(居宅サービス計画第4表) |
|------------------|--------------------------|-----------------------------|

★利用者の状態像ウ

| | | |
|------------------|---|---|
| 該当する状態 | <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第94号告示第31号のイに該当する者 |
| | <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94号告示第31号のイに該当するに至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94号告示第31号のイに該当すると判断できる者 |
| 添付書類(貸与を必要とする根拠) | <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書等 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点(居宅サービス計画第4表) | |

必須添付書類：注) サービス担当者会議での判断箇所が分かるようマーカー等で印をつけること。

★参考

| | | | | |
|-----------|-----------------|---|---|---|
| 医療機関名・医師名 | | | | |
| サービス担当者会議 | 開催日 | 年 | 月 | 日 |
| | 出席(回答)事業者(担当者名) | | | |

※医療機関名・医師名は主治医意見書、医師の診断書、または居宅サービス計画から転記すること

受付印