

軽度者に係る福祉用具貸与費の算定可否確認申請書

令和 年 月 日

七飯町長 様

事業所名  
 事業所住所  
 担当者名  
 事業所 TEL ( ) - 印

- 次の事項について担当の居宅介護（予防）支援事業所から説明を受け、同意しました。
- (1) 居宅介護（予防）支援事業所が、私の福祉用具貸与の例外給付の確認申請を下記のとおり行うこと。
  - (2) 確認結果通知を当該居宅介護（予防）支援事業所あてに送付すること。
  - (3) この申請にかかる確認のために必要があるときは、私の要介護度や心身の状態および疾病など必要な事項について、七飯町が調査すること。

本人同意欄	氏名	印
-------	----	---

下記のとおり、福祉用具貸与費の算定の可否について確認をお願いします。

該当する□にレ点を記入

1	フリガナ		性別	男・女			要介護 状態区分	要支援 1 2		
	被保険者 氏名			被保険者 番号	0	0		0	0	0
	生年月日	明・大・昭 年 月 日								
	認定の有効期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 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4の状態像に該当する。							
		<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4の状態像に該当するにいた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又は症状の重篤化の回避等医学的判断から4の状態像に該当すると判断できる。							
3	疾病その他心身の状況等（具体的に）									
4	確認を必要とする福祉用具及び該当する状態像	<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"/> 日常的に寝返りが困難な者						
		<input type="checkbox"/>	床ずれ防止用具および体位変換器	<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	<input type="checkbox"/> 意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動において全介助を必要としない者						
		<input type="checkbox"/>	自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/> 排便および移乗において全介助を必要とする者						
5	医師の医学的な所見の確認方法		<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							
6	サービス担当者会議等開催日	令和 年 月 日								

添付書類：①居宅（介護予防）サービス計画書、②サービス担当者会議の記録、③福祉用具を必要とする理由が確認できる書類

- ※①：居宅サービス計画書は国の標準様式（第1表、第2表）に、介護予防サービス計画書は国の標準様式（介護予防サービス・支援計画書）に該当する書面。「医師の所見」・「医師氏名」・「当該福祉用具貸与がとくに必要な理由」が記載されているものが必要。
- ※②：国の標準様式（第4表）に該当する書面。介護予防の場合は、国の標準様式（介護予防支援経過記録）に該当する書面。やむを得ない理由によりサービス担当者会議を開催せず、担当者に対する照会等により意見を求めた場合は、国の標準様式（第5表）に該当する書面を提出してください。「開催日」（照会日・回答日）・「出席者（回答者）」「福祉用具貸与の例外給付についての検討内容（照会内容・回答内容）」が記載されているものが必要。
- ※③：主治医意見書及び医師の診断書等（主治医連絡票を含む）による場合は、その写しに福祉用具を必要とした理由を確認した箇所が分かるように下線を引き、提出してください。また、医師から所見を聴取した場合は、聴取方法（TEL、面接等）、聴取内容、医師氏名が記載された書面を提出してください。

決定伺い  
(可・不可)

課長	係長	合	議	係