

# 軽度者に係る（介護予防）福祉用具貸与費の算定に関する届出書

年 月 日

妙高市長 宛

下記の（介護予防）福祉用具貸与費の算定の可否について確認願います。

|                      |      |     |     |
|----------------------|------|-----|-----|
| 保存 5                 | 文書番号 |     |     |
| 非公開 理由：条例第 6 条 2 号該当 |      |     |     |
| 課 長                  | 補 佐  | 係 長 | 担当者 |
|                      |      |     |     |

|  |  |  |  |  |   |                                  |
|--|--|--|--|--|---|----------------------------------|
| 届出者名<br>(被保険者)   | 被保険者番号   |  |  |  | 生 年 月 日   | 明治・大正・昭和 年 月 日                   |
| 住 所  |  |  |  |  | 要介護状態区分   | 要支援 1・要支援 2<br>要介護 1・要介護 2・要介護 3 |
| 居宅介護支援（介護予防支援）<br>事業所名   |  |  |  |  | 介護支援専門員<br>(担当職員) 名   |                                  |
| ② 算定しようとする福祉用具の種目 ※該当するものに✓を付けてください。   |  |  |  |  | ②算定が可能な人  |                                  |
| <input type="checkbox"/> 車いす（ <input type="checkbox"/> 自走用標準型車いす <input type="checkbox"/> 普通型電動車いす <input type="checkbox"/> 介助用標準型車いす）   |  |  |  |  | 次のいずれかに該当する人  |                                  |
| <input type="checkbox"/> 車いす付属品（ <input type="checkbox"/> クッション又はパッド <input type="checkbox"/> 電動補助装置 <input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> ブレーキ<br><input type="checkbox"/> その他〔 〕）   |  |  |  |  | ・日常的に歩行が困難な人<br>・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人  |                                  |
| <input type="checkbox"/> 特殊寝台  |  |  |  |  | 次のいずれかに該当する人  |                                  |
| <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品（ <input type="checkbox"/> サイドレール <input type="checkbox"/> マットレス <input type="checkbox"/> ベッド用手すり <input type="checkbox"/> テーブル<br><input type="checkbox"/> スライディングボード・スライディングマット <input type="checkbox"/> その他〔 〕） |  |  |  |  | ・日常的に起き上がりが困難な人<br>・日常的に寝返りが困難な人  |                                  |
| <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具   |  |  |  |  | 日常的に寝返りが困難な人  |                                  |
| <input type="checkbox"/> 体位変換器   |  |  |  |  |   |                                  |
| <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器   |  |  |  |  | 次のいずれにも該当<br>・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人<br>・移動において全介助を必要としない人                 |                                  |
| <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く）   |  |  |  |  | 次のいずれかに該当する人<br>・日常的に立ち上がりが困難な人<br>・移乗が一部介助又は全介助を必要とする人<br>・生活環境において段差の解消が必要と認められる人 |                                  |
| <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）  |  |  |  |  | 次のいずれにも該当する人<br>・排便が全介助を必要とする人<br>・移乗が全介助を必要とする人                                    |                                  |
| 開始予定年月日  | 年 月 日  |  |  |  |   |                                  |
| 医師の医学的な所見<br>※ 該当するものに<br>✓を付けてください。   | <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、上記②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、短期間のうちに上記②に該当するに至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等の回避等医学的判断から上記②に該当すると判断できる。 |  |  |  |   |                                  |
|  | 医 師 名  |  |  |  |   | 医療機関名                            |

（備考）この申請書に、以下の書類を添付してください。なお、記載された個人情報は、（介護予防）福祉用具貸与費に係る対象外種目の算定に関する業務以外には使用しません。

1. 医師の医学的な所見の記録（主治医意見書、医師の診断書又は担当の介護支援専門員等が聴取した医師の所見を居宅（介護予防）サービス計画に記載したもの等）
2. 地域連携連絡票
3. 居宅サービス計画書及び週間サービス計画表（第 1 表～第 3 表）又は介護予防サービス・支援計画表
4. サービス担当者会議（又は担当者に対する照会等）の記録（「サービス担当者会議の要点」（第 4 表）又は「サービス担当者に対する照会（依頼）内容」（第 5 表）等）