

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

令和〇〇年〇〇月〇〇日

（宛先）上越市高齢者支援課長

記入例

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。

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--------|--|--|--|--|-------|------|---|---|---|--------------------|------------------------|-------------------|--|
| 届出者名 （被保険者） | 上越太郎 | 被保険者番号 | | | | | | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 生年月日 | 明治・大正・昭和〇〇年〇〇月〇〇日 | |
| 住所 | 〒999-9999 上越市〇〇1丁目1番3号 | | | | | | | | | | | 要介護状態区分 | 要支援1・要支援2・ 要介護1 | | |
| 居宅介護支援（介護予防支援） 事業所名 | 〇〇居宅介護支援事業所 | | | | | | | | | | | 介護支援専門員 （担当職員）名 | 新潟 花子 | | |
| ①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） <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 <input type="checkbox"/> その他〔 〕） | | | | | | | | | | | | 次のいずれかに該当する人 | | | |
| <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <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 <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〔 〕） | | | | | | | | | | | | 次のいずれかに該当する人 | | | |
| <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 | | | | | | | | | | | | 日常的に寝返りが困難な人 | | | |
| <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 | | | | | | | | | | | | 次のいずれにも該当する人 | | | |
| <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く） （※ <input type="checkbox"/> 昇降座椅子） | | | | | | | | | | | | 次のいずれかに該当する人 | | | |
| <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 | | | | | | | | | | | | 次のいずれにも該当する人 | | | |
| 開始予定年月日 | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師の医学的な所見 ※ 該当するものに ✓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 | 福祉太郎 | | | | | 医療機関名 | 〇〇医院 | | | | | | | |

備考 この申請書に、以下の書類を添付してください。

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. 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）