軽度者の福祉用具貸与にかかる確認申請書

申請日　　年　　月　　日

居宅（介護予防）サービス計画作成者	地域包括支援センターまたは 居宅介護支援事業所の名称			
	計画作成者名	連絡先		
対象者	被保険者番号		要介護状態区分	要支援（　　）　要介護（　　）　申請中
	氏名		認定期間	年　月　日～　年　月　日
	住所	坂出市　町　丁目　番　号 番地		

1	確認を必要とする福祉用具及び該当する状態像	□ 車いす及び車いす付属品	□	日常的に歩行が困難な者	基本調査の結果、該当がない場合の判断根拠（○をつける）	
			□	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	i	ii　iii
		□ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	□	日常的に起き上がりが困難な者		
			□	日常的に寝返りが困難な者		
		□ 床ずれ防止用具及び体位変換器	□	日常的に寝返りが困難な者		
		□ 認知症老人徘徊感知機器	□	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者で、移動において全介助を必要としないもの		
		□ 移動用リフト（つり具の部分を除く）	□	日常的に立ち上がりが困難な者		
			□	移乗が一部介助又は全介助を必要とする者		
			□	生活環境において段差の解消が必要と認められる者		
		□ 自動排泄処理装置	□	排便が全介助を必要とするものおよび移乗が全介助を必要とするもの		

≪判断根拠≫

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、頻繁に第九十五号告示第七十九号において準用する第二十五号のイに該当する。（例　パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象）

ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第九十五号告示第七十九号において準用する第二十五条のイに該当することが確実に見込まれる。（例　がん末期の急速な状態悪化）

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九十五号告示第七十九号において準用する第二十五号のイに該当すると判断できる。（例　ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避）

2	福祉用具の必要性を判断するために用いた方法	□	主治医意見書
		□	医師の診断書
		□	医師からの所見を聴取
3	福祉用具の開始年月日		年　月　日
4	添付書類	サービス計画に関する資料 ※判断箇所にマーカーを引いてください。	□ 居宅サービス計画書（第1.2.4.5表）
			□ 介護予防サービス支援計画書 □ 介護予防支援経過記録 サービス担当者会議等の記録の写し
			□ 医師の診断書・医師からの意見を聴取した所見の記録（主治医意見書から判断した場合は、資料提出はありません。）

※　坂出市確認印をもって「決定通知書」とします。
新たに認定結果がでて、軽度者に対する福祉用具貸与に該当する場合は再度書類を提出してください。

≪坂出市記入欄≫

坂出市確認印

軽度者の福祉用具貸与が必要な状態に該当すると判断されていることを

□　確認します　　□　確認できません

上記のとおり決定します。

年　月　日