

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（ ） |
| | 氏名 | 申請中 | | |
| | | 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の状況及び状態 | <input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 | <input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者 <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 | 基本調査の結果、該当がない場合の判断根拠（○をつける） i ii iii |
| | | <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"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 | <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 | |
| | | <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く） | <input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 <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 | |
| | | <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 | <input type="checkbox"/> 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、頻繁に利用者等告示第三十一号のイに該当する。（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、短期間のうちに第利用者等告示第三十一号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） 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利用者等告示第三十一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 | <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 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。 | <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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≫

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

| |
|--------|
| 坂出市確認印 |
| |

要介護1以下（※要介護3以下）の方の福祉用具貸与の考え方

※要介護3以下…自動排泄処理装置

R.6.7 坂出市かいご課

| 種目 | 貸与の対象となる者 | 基本調査の結果 | 確認事項 |
|--------------------------------|--|---|---|
| 車いす及び車いす付属品 | 日常的に歩行が困難な者 | 1-7「3.できない」 | 基本調査票の写しで確認 |
| | 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 | | 通院や買い物等日常生活の範囲において、移動の支援が特に必要と認められるかどうかを確認 |
| 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 | 1-4「3.できない」 | 基本調査票の写しで確認 |
| | 日常的に寝返りが困難な者 | 1-3「3.できない」 | |
| | 日常的に起き上がりが困難な者 | 1-4 「3.できない」以外 | 医師の医学的な所見に基づき、判断根拠（i ii iii）のいずれかに該当するかどうかを確認 |
| | 日常的に寝返りが困難な者 | 1-3 「3.できない」以外 | |
| 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 | 1-3「3.できない」 | 基本調査票の写しで確認 |
| | 日常的に寝返りが困難な者 | 1-3 「3.できない」以外 | 医師の医学的な所見に基づき、判断根拠（i ii iii）のいずれかに該当するかどうかを確認 |
| 認知症老人徘徊感知機器 | 次のいずれにも該当する者 | 3-1「1.調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外、 又は 3-2～3-7のいずれか「2.できない」 又は 3-8～4-15のいずれか「1.ない」以外 その他、主治医意見書において認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む | 基本調査票の写しで確認 |
| | （一）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 （二）移動において全介助を必要としない者 | 2-2「4.全介助」以外 | |
| 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者 | 1-8「3.できない」 | 基本調査票の写しで確認 |
| | （一）日常的に立ち上がりが困難な者 （二）移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 | 2-1「3.一部介助」又は「4.全介助」 | |
| | （三）生活環境において段差の解消が必要と認められる者 | | 生活環境において、段差の解消が必要かどうか確認 |
| | （一）日常的に立ち上がりが困難な者 （二）移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 | 1-8「3.できない」以外 2-1「3.一部介助」又は「4.全介助」以外 | 医師の医学的な所見に基づき、判断根拠（i ii iii）のいずれかに該当するかどうかを確認 |
| 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者 | 2-6「4.全介助」 | 基本調査票の写しで確認 |
| | （一）排便が全介助を必要とする者 （二）移乗が全介助を必要とする者 | 2-1「4.全介助」 | |
| | （一）排便が全介助を必要とする者 （二）移乗が全介助を必要とする者 | 2-6「4.全介助」以外 2-1「4.全介助」以外 | 医師の医学的な所見に基づき、判断根拠（i ii iii）のいずれかに該当するかどうかを確認 |
| | | | |

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 | | 連絡先 | | 自動排泄処理装置の対象者は要介護3、4 | | |
| 対象者 | 被保険者番号 | 認定調査票や現在の状態で選択 | | 要介護状態区分 | 要支援 (1・2) | 要介護 (1・2) | 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当用する及び状態像 | <input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 | <input type="checkbox"/> 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) | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 | <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"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 | <input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難な者 | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 | <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者 | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 移動用リフト (つり具の部分を除く) | <input type="checkbox"/> 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 | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 | <input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 <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 | | | | | |
| <p>1</p> <p>自動排泄処理装置</p> <p>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</p> <p>基本調査の結果、該当がない場合の判断根拠 (○をつける)</p> <p>1</p> <p>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、頻繁に利用者等告示第三十一号のイに該当する。(例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)</p> <p>ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第利用者等告示第三十一号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)</p> <p>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利用者等告示第三十一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)</p> | | | | | | | | |
| 2 | 福祉用具の必要性を判断するために用いた方法 | | <input type="checkbox"/> 主治医意見書 | 新規の開始日 更新の開始日 | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 医師の診断書 | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 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。 | <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 (第1.2.4.5表) | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 介護予防サービス支援計画書 | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 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 | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 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▶

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

| |
|--------|
| 坂出市確認印 |
| |