軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認書

令和　　　年　　　月　　　日

丸　森　町　長　様

(申請代行の指定居宅介護支援事業者)

居宅介護支援事業所名：

担当の介護支援専門員：

当該被保険者に対して、福祉用具貸与が必要と思われます。別紙のとおり添付書類を提出しますので確認願います。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記被保険者番号 | | ０ | ９ |  |  | |  |  |  |  |  |  | | 被保険者氏名 |  | | | | | |
| 住所 | | 丸森町 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | | 要支援（　　）　　　要介護（　　） | | | | | | | | | | | 新規　　　更新　　申請中（　　　月　　　日申請） | | | | | | | |
| 認定有効期間 | | 年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師からの所見 | 確認日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | 確認者 |  | | | | | |
| 確認方法 | 主治医意見書　　診療情報提供書　　主治医意見聴取　　その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師名 | （所属医療機関名） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □「厚生労働大臣が定める者等（利用者等告示第31号のイ）」表中ア（二）またはオ（三）に該当する。  　　　車いす（付属品含）及び移動用リフトの貸与において、該当する調査結果がない場合確認書の提出 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □「厚生労働大臣が定める者」に該当しない　　＊医師の所見に基づき該当する種目の区分欄に○をしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 種目 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 該　当　区　分 | | |
| ⅰ | ⅱ | ⅲ |
| 車いす及び車いす付属品 | | | | | | 日常的に歩行が困難な者 | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| 特殊寝台及び特殊寝台付属品 | | | | | | 日常的に起きあがりが困難の者 | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| 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 | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| 移動において全介助を必要としない者 | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| 移動用リフト  　　　　（つり具の部分を除く） | | | | | | 日常的に起きあがりが困難な者 | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| 移乗が一部介助又は全部介助を必要とする者 | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| 該当区分の判断根拠  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、頻繁に上記に該当する者  ⅱ）　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに上記に該当するに至ることが確実に見込まれる者  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上記に該当すると判断できる者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **状況等**　　チェックを入れた該当区分についての具体的状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **【今回確認の期限】　　　　　年　　　月　　　日** | | | | | | | | | | | | | | | | 確認印 |  | | | |
| 中止年月日：　　　　　　年　　　月　　　日  理由：  （連絡　　　　　　　　　年　　月　　日） | | | | | | | | | | | | | | | |

＊　確認したものには確認印が押してあります。

※新たに認定され、上記例外給付が必要な場合、または種目変更が必要な場合は再度提出してください。

※貸与中止の場合は報告してください。

【添付書類】

①医学的な所見の確認書類（主治医意見書、診療情報提供書、主治医意見聴取）の写し

②サービス担当者会議録の写し

③ケアプラン１表２表（介護予防ケアプラン（１），（２））の写し

④日常生活範囲における移動の支援判断シート　※電動カート貸与の場合のみ添付