

軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認票

フリカ ^ナ			保 険 者 番 号			2	3	2	3	6	3
被 保 険 者 氏 名			被保険者番号								
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生		性 別	男 ・ 女							
住 所	〒 - 電話番号 - -										
貸 与 種 目	☐ 車いす及び車いす付属品 ☐ 特殊寝台及び特殊寝台付属品 ☐ 床ずれ防止用具及び体位変換器 ☐ 認知症老人徘徊感知器 ☐ 移動用リフト（つり具部分を除く） ☐ 自動排泄処理装置										
利 用 者 の 状 態 像	☐ 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、頻繁に別表の対象者（※1）に該当する者 ☐ 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに別表の対象者（※1）に該当することが確実に見込まれる者 ☐ 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別表の対象者（※1）に該当すると判断できる者										
提 出 書 類	☐ 主治医意見書の写し ☐ 居宅サービス計画書第1表、第2表の写し ☐ 介護予防サービス・支援計画書の写し ☐ サービス担当者会議の記録の写し										
みよし市長 様 上記のとおり福祉用具貸与の例外給付について、確認をお願いします。 年 月 日 指定居宅介護（介護予防）支援事業所名 _____ 担当者氏名 _____ 連絡先 _____											

※1 別表の対象者については裏面参照

※ みよし市記入欄

上記の申請について、別紙のとおり通知してよろしいか。

起 案	
決 裁	
入 力	
交 付	

判断要件の適否		算定の可否	可 ・ 否
医師の医学的所見	適 ・ 否	不可の理由	
サービス担当者会議	適 ・ 否		
計画の位置づけ	適 ・ 否		

※ 要支援者のケアプランを委託されている場合は、委託先にて記入・提出をしてください。

別表：要支援・要介護1の者に対する福祉用具貸与の判断

対象外種目	厚生労働大臣が定める告示に該当する対象者	対象者に該当する基本調査の結果(※該当する場合は提出不要)
1 車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に歩行が困難な者 (二) 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	1-7「3. できない」 (該当する基本調査結果なし)
2 特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に起きあがり困難な者 (二) 日常的に寝返りが困難な者	1-4「3. できない」 1-3「3. できない」
3 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」
4 認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者 (一) 意見の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者 (二) 移動において全介助を必要としない者	3-1「1. 調査対象者が意見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 2-2「4. 全介助」以外2-2「4. 全介助」以外
5 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 (一) 日常的に立ち上がり困難な者 (二) 移乗において一部介助又は全介助を必要とする者 (三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	1-8「3. できない」 2-1「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 (該当する基本調査結果なし)
6 自動排泄処理装置	次のいずれにも該当する者 (一) 排便において全介助を必要とする者 (二) 移乗において全介助を必要とする者	2-6「4. 全介助」 2-1「4. 全介助」