（表面）

令和　　　　年　　　　月　　　　日

芦別市長　様

軽度者に対する福祉用具貸与の確認届出書

所在地

事業所名

担当者

連絡先

下記により、福祉用具貸与が必要と思われますので確認及び要否の判断を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | | ０ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  | |  | | 被保険者氏名 | | |  | | | |
| 要介護度  （〇をつけてください） | | 要支援１　要支援２　要介護１  （要介護２　要介護３） | | | | | | | | | 有効期間 | | | | 令和　　　年　　月　　日～令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
| 担当者会議開催日 | | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | 貸与開始希望日 | | | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 福祉用具貸与品目　（　□にチェックをつけてください。） | 認定調査結果（該当項目にチェックをつけてください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ア　車いす及び車いす  の付属品 | | | | 歩行（１－７） | | | | | | | | □つかまらないでできる　□何かにつかまれば可 | | | | | | | □できない |
| □イ　特殊寝台及び特殊寝台の付属品  【右記のいずれかに該当】 | | | | 起き上がり（１－４） | | | | | | | | □つかまらないでできる　□何かにつかまれば可 | | | | | | | □できない |
| 寝返り（１－３） | | | | | | | | □つかまらないでできる　□何かにつかまれば可 | | | | | | | □できない |
| □ウ　床ずれ防止用具及び体位変換器 | | | | 寝返り（１－３） | | | | | | | | □つかまらないでできる　□何かにつかまれば可 | | | | | | | □できない |
| □エ　認知症老人徘徊感知機器  【調査結果では①～③のいずれかと④に該当していることが必要】 | | | | ①意志の伝達（３－１） | | | | | | | | □できる | | | □ときどきできる　□ほとんどできない　□できない | | | | |
| ②基本調査３－２～基本調査３－７のいずれか | | | | | | | | □できる | | | □できない（基本調査３－　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| ③基本調査３－８～基本調査４－１５のいずれか | | | | | | | | □ない | | | □ときどきある又はある（基本調査３－　 　　４－ 　　　） | | | | |
| ④移動（２－２） | | | | | | | | □全介助 | | | □一部介助　□見守り等　□介助されていない | | | | |
| □オ　移動用リフト  （つり具部分を除く）  【右記のいずれかに該当】 | | | | 立ち上がり（１－８） | | | | | | | | □つかまらないでできる　□何かにつかまれば可 | | | | | | | □できない |
| 移乗（２－１） | | | | | | | | □介助されていない　□見守り等 | | | | | | □一部介助　□全介助 | |
| ※１  □カ　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）  【右記のいずれも該当】 | | | | 排便（２－６） | | | | | | | | □介助されていない　□見守り等　□一部介助 | | | | | | | □全介助 |
| 移乗（２－１） | | | | | | | | □介助されていない　□見守り等　□一部介助 | | | | | | | □全介助 |
| 医師の意見  （医学的な所見） | | | | | □主治医意見書に記載されている　□その他の診断書等に記載されている  ※上記貸与品目イ・ウ・エで認定調査に該当しない場合は必須 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※２  例外給付の対象となるべき事案 | | | | | □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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者  □Ⅱ　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態にな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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者 | | | | | | | | | | | | | | | |

※１　自動排泄処理装置の貸与については、要支援１～要介護３まで確認届出書が必要

※２　判断基準

〇　「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成１８年老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号別紙１）第２　居宅サービス単位数表に関する事項　１０　介護予防福祉用具貸与費　（２）　要支援１又は要支援２の者に係る指定介護予防福祉用具貸与費①算定の可否の判断基準ウ

〇　「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成１２年老企第３６号）第２　居宅サービス単位数表に関する事項　９福祉用具貸与費　（２）　要介護１の者等に係る指定福祉用具貸与費①算定の可否の判断基準ウ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（裏面）

添付書類

□　医師からの意見（「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する情報提供書」等の書面）

□　居宅（介護予防）サービス計画

□　サービス担当者会議の要点・介護予防支援経過記録等

※市記入欄

□　認定調査結果により貸与が認められる

□　適切なケアマネジメントによりケアマネ等が判断している（車いす、移動用リフト）

□　例外的給付の対象とすべき事案に該当することが、医師の意見（医学的な所見）に基づき判断されて、

サービス担当者会議等を経た適切なケアマネジメントの結果を踏まえている

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）