

国立市軽度者に対する福祉用具貸与確認届出書

国立市長様

令和 年 月 日

下記により、福祉用具貸与費の例外給付につき確認をお願いします。

フリガナ 被保険者氏名			被保険者番号																											
要介護度	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3										※要介護2・要介護3は自動排泄処理装置貸与の場合に限る																			
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女																								
住所																														
居宅介護(介護予防)支援事業者名																事業者印														
担当ケアマネジャー氏名	TEL:															印														
福祉用具貸与事業者名	TEL:																													
福祉用具貸与の必要性を判断した担当医名	氏名:										病院名:																			
利用開始希望日	年 月 日																													
貸与を必要と判断した福祉用具(該当に○)	ア. 特殊寝台					イ. 特殊寝台付属品					ウ. 床ずれ防止用具					エ. 体位変換器					オ. 認知症老人徘徊感知機器					カ. 自動排泄処理装置				

[算定の判断基準]

医師の医学的な所見により、下記 i) ~ iii) のいずれかに該当する者。以下の該当項目に○をしてください。

- 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31号のイに該当する者
- ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第31号のイ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利用者等告示第31号のイに該当すると判断できる者

※軽度者への「車いす」「車いす付属品」「移動用リフト(つり具の部分を除く)」の貸与は、従前どおり「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」「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」にそれぞれ該当する場合は、主治医から得た情報及びサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより居宅介護(介護予防)支援事業所での判断が可能ですので、この書類による市への確認は必要ありません。

市確認印

この届出書提出の際は、担当医名と医師の所見が記載された、「サービス担当者会議の要点」(第4表)及び「サービス担当者に対する照会(依頼)内容」、又は「介護予防支援経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)」を添付してください。