

いすみ市長 宛

事業所名(事業所番号) ()
事業所所在地 〒
事業所代表者名 (印)

福祉用具貸与費の例外給付の確認依頼申請書

下記の①～③について担当の居宅介護(介護予防)支援事業所より説明を受け、同意しました。

- ①居宅介護(介護予防)支援事業所が、私の福祉用具貸与の例外給付に関する確認依頼申請を下記の通り行うこと
②確認結果通知を当該居宅介護(介護予防)支援事業所宛に送付すること
③この申請にかかる確認のため必要がある場合は、私の要介護度や心身の状態および疾病等、必要な事項についていすみ市が調査すること

Table with 2 columns: 本人同意欄, 氏名 (印)

次の被保険者に対して、医師の意見(医学的な所見)に基づき状態像が判断され、かつサービス担当者会議の開催等を通じた適切なケアマネジメントを行ったところ、(介護予防)福祉用具貸与が必要と判断しましたので、確認を依頼します。

1. 貸与を予定している被保険者

Table with 4 columns: 被保険者氏名, 住所, 要介護度(該当にO), 認定有効期間

2. 貸与を必要と判断した福祉用具

Table with 2 main rows: 福祉用具の種類(該当にO), (介護予防)福祉用具貸与事業所

3. 医学的所見(医学的所見の確認書類に基づき、該当する状態像にし点)

Table with 1 column and 3 rows of checkboxes for medical findings

上記の状態像に該当することを確認した方法(該当する状態像にし点)

Table with 3 columns of checkboxes for confirmation methods

4. 特に必要と判断した理由(ケアマネジメント結果)

Table with 1 column and 1 row for reasons for special necessity

添付書類: ①医学的な所見の確認書類(写) ②サービス担当者会議の記録(写) ③居宅サービス計画(1)(2)

軽度者に対する福祉用具貸与に関する確認票

| | | | |
|------------|---|--------|--|
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | |
| 住 所 | | | |
| 要介護度（該当に○） | 要支援1・要支援2・要介護1・認定申請中（申請日： 年 月 日） | | |
| 認定有効期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | |
| 認定調査実施日 | 年 月 日 | | |
| 居宅介護支援事業所名 | （※要支援者で地域包括支援センターより委託されている場合は受託事業所名を記入） | | |
| 担当介護支援専門員名 | | | |

軽度者の状態像の確認が必要な部分等 ※該当するものにシ点

| | |
|--|---|
| 貸与品目 | 厚生労働大臣が定めるイに該当する基本調査の結果 |
| <input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 | 次のいずれかに該当する者 <input type="checkbox"/> 基本調査1-7（歩行）が「3.できない」 <input type="checkbox"/> 日常生活範囲における異動の支援が特に必要と認められる者 |
| <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 基本調査1-4（起き上がり）が「3.できない」 <input type="checkbox"/> 基本調査1-3（寝返り）が「3.できない」 |
| <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 | <input type="checkbox"/> 基本調査1-3（寝返り）が「3.できない」 |
| <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊探知機器 | ①のいずれか及び②に該当する者 ① <input type="checkbox"/> 基本調査3-1（意思の伝達）で「1.調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外 基本調査3-2（日課の理解）～基本調査3-7（場所の理解）が「2.できない」 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 基本調査3-8（徘徊）～基本調査4-15で「1.ない」以外 <input type="checkbox"/> 3-8 <input type="checkbox"/> 3-9 <input type="checkbox"/> 4-1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 主治医意見書において認知症の症状がある旨の記載がある。 ② <input type="checkbox"/> 基本調査2-2（移動）が「4.全介助」以外 |
| <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 基本調査1-8（立ち上がり）が「3.できない」 <input type="checkbox"/> 基本調査2-1（移乗）が「3.一部介助」又は「4.全介助」 <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 | 次のいずれかに該当する者 <input type="checkbox"/> 基本調査2-6（排便）が「4.全介助」 <input type="checkbox"/> 基本調査2-1（移乗）が「4.全介助」 |

該当する福祉用具にシ点を記入してください。

車いす及び車いす付属品

移動用リフト

ア. 主治医の意見書

3. 心身の状態に関する意見

(5) 身体の状態

- ①四肢の欠損 下肢の記入がありますか なし あり
- ②麻痺 下肢のチェックが なし あり
ありの場合 右下肢(程度:軽 中 重)
左下肢(程度:軽 中 重)
- ③筋力の低下 下肢の記入がありますか なし あり(程度:軽 中 重)
- ④関節の拘縮 下肢の記入がありますか なし あり(程度:軽 中 重)
- ⑤関節の痛み 下肢の記入がありますか なし あり(程度:軽 中 重)
- ⑥失調・不随意運動の 下肢ないし体幹にチェックが なし あり

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

- 屋外歩行 自立 介助があればしている していない
- 車いすの使用 用いてない 主に自分で操作している 主に他人が操作している
- 歩行補助用具・装具の使用 用いてない 屋外で使用 屋内で使用

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

- 転倒・骨折にチェックが なし あり
- 移動能力の低下・心肺機能の低下・低栄養・脱水・易感染症・がん等による疼痛にチェックが なし あり

5. 特記すべき事項

歩行・移動・転倒に関する記載事項がありますか

いいえ

はい()

イ. 認定調査票(基本調査)

- 1-1 麻痺等の有無 下肢にチェックが なし あり(右下肢 左下肢)
- 1-2 拘縮の有無 なし 股関節 膝関節 足関節
- 2-1 移乗 介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
- 2-2 移動 介助されていない 見守り等 一部介助 全介助

認定調査票(特記事項)に歩行・移動・転倒に関する記載事項がありますか

いいえ

はい()

| | |
|--|---|
| 心身の状況（疾患・障害等の内容及び日常生活における支障等）を詳しく記入 | |
| 家族等介護者の支援状況 | |
| 利用者の自宅周辺、自宅内環境等 | |
| 該当する福祉用具（車いす・移動用リフト）の使用頻度 | |
| 必要な福祉用具を使用するにあたっての主治医からの情報・意見 | 医療機関名（ ）主治医（ ） |
| サービス担当者会議等の意見 （開催日 年 月 日） | 【福祉用具専門相談員の意見】 指定福祉用具貸与事業所名（ ） 福祉用具専門相談員名（ ） |
| | 【サービス担当者の意見等】 【本人家族の意向】 |
| 主治医から得た情報及びサービス担当者会議の結果をふまえた介護支援専門員の意見 | （※該当する項目にシ点を記入してください） <input type="checkbox"/> 日常生活範囲における移動の支援が特に必要 <input type="checkbox"/> 生活環境において段差の解消が必要 （理由） |