

## 軽度者に対する福祉用具貸与確認申請書兼確認通知書

申請日		年                    月                    日															
事業者	名称									計画作成担当者氏名							
	所在地	〒								電話番号							
被保険者	氏名							被保険者 番号	0	0	0						
	介護度区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1（自動排泄処理装置の場合 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3）															
	認定有効期間	年                    月                    日                    ～                    年                    月                    日															
対象種目		<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換機 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置															
基本調査結果確認		<input type="checkbox"/> 算定可否判断基準に該当しない															
該当する状態像		<input type="checkbox"/> 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、頻繁に福祉用具が必要な状態に該当する者（例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象）															
		<input type="checkbox"/> 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（例：がん末期の急速な状態悪化）															
		<input type="checkbox"/> 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福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者（例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避）															
医師による所見の 確認方法		<input type="checkbox"/> 主治医意見書															
		<input type="checkbox"/> 医師の診断書															
		<input type="checkbox"/> 介護支援専門員が医師に所見を聴取（主治医連絡票を含む）															
サービス担当者会議 開催日		年                    月                    日					貸与開始日			年                    月                    日							
添付書類		<input type="checkbox"/> 医学的所見の確認書類（写し）※口頭聴取した場合は、サービス担当者会議録に記載 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書（第1表～第4表）または介護予防サービス・支援計画書（A～E表）															

- ※ 福祉用具貸与開始前に申請書を提出してください。貸与開始前に申請できない特別な理由がある場合には貸与を開始する前に保険者にご相談ください。ご相談がない場合は、理由を問わず遡及対応は行いません。
- ※ 貸与の有効期間は介護の認定有効期間終了日までです。更新の結果、軽度者として貸与を継続する場合は有効期間終了日前までに再度申請が必要です。

### 保険者確認欄

<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">年                    月                    日 から 認定有効期間終了日まで</p> <p style="text-align: center;">上記の福祉用具について貸与を承認します。</p> <p style="text-align: center;">年                    月                    日      府中市福祉保健部介護保険課長</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">申請受付印</p> </div>
<p>※申請書類の精査後、担当に確認通知書を送付します。</p>	