軽度者に係る（介護予防）福祉用具貸与申請書

様式№１

令和　　年　　月　　日

　村上市長　様

下記被保険者について以下の（介護予防）福祉用具の貸与の可否について保険者の判断を求めます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 居宅介護（介護予防）支援事業所名 |  | 介護支援専門員（担当者名） |  |
| 被保険者氏名 | 　 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 明治・大正・昭和　　年　　月　　日 |
| 住　　　　所 |  | 要介護認定区分 | 要支援１・要支援２・要介護１要介護２・要介護３ |
| 1. 福祉用具の種目　※該当するものに✓を付けてください。
 | ②貸与が可能な人 |
| [ ] 車いす（[ ] 自走用標準型車いす　[ ] 普通型電動車いす　[ ] 介助用標準型車いす） | 次のいずれかに該当する人・日常的に歩行が困難な人・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人 |
| [ ] 車いす付属品（[ ] クッション又はパッド　[ ] 電動補助装置　[ ] テーブル　[ ] ブレーキ　　　　　　　　[ ] その他〔　　　　〕） |
| [ ] 特殊寝台 | 次のいずれかに該当する人・日常的に起き上がりが困難な人・日常的に寝返りが困難な人 |
| [ ] 特殊寝台付属品（[ ] サイドレール　[ ] マットレス　[ ] ベッド用手すり　[ ] テーブル　　　　　　　　　[ ] スライディングボード・スライディングマット　[ ] その他〔　　　　〕） |
| [ ] 床ずれ防止用具 | 日常的に寝返りが困難な人 |
| [ ] 体位変換器 |
| [ ] 認知症老人徘徊感知機器 | 次のいずれにも該当する人・意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある人・移動において全介助を必要としない人 |
| [ ] 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人・日常的に立ち上がりが困難な人・移乗が一部介助又は全介助を必要とする人・生活環境において段差の解消が必要と認められる人 |
| [ ] 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） | 次のいずれにも該当する人・排便が全介助を必要とする人・移乗が全介助を必要とする人 |
| 開始予定年月日 | 令和　　年　　月　　日（　新規　・　継続　） |
| 医師の医学的な所見※　該当するものに✓を付けてください。 | [ ] 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、上記②に該当する。 |
| [ ] 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに上記②に該当するに至ることが確実に見込まれる。 |
| [ ] 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等の回避等医学的判断から上記②に該当すると判断できる。 |
| 医　師　名 |  | 医療機関名 |  |

（備考）以下の書類を添付してください。

１．医師の医学的な所見の記録（主治医意見書、医師の診断書、介護保険情報提供票、担当の介護支援専門員等が聴取した医師の所見を居宅（介護予防）サービス計画に記載したもの等）

　　２．「居宅サービス計画書（１）【第１表】」・「居宅サービス計画書（２）【第２表】」・「サービス担当者会議の要約【第４表】」