

軽度者に係る福祉用具貸与費の算定可否確認依頼書

年 月 日

(あて先) 阿久比町長

事業所名	
事業者番号	
担当者名	
事業所TEL	

医師の医学的所見に基づき、下記利用者の福祉用具貸与費の算定の可否について確認をお願いします。

1	被保険者	被保険者番号	441	フリガナ		
		要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 申請中			
		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日			
		認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			

福祉用具を必要とする理由	
2	i <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3の状態像に該当する者
	ii <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3の状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる者
	iii <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3の状態像に該当すると判断できる者

確認を必要とする福祉用具		該当する状態像	
3	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/>	日常的に歩行が困難な者 <input type="checkbox"/> 日常生活範囲における移動の支援が特に必要だと認められる者
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/>	日常的に起き上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者
	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/>	意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動において全介助を必要としない者
	<input type="checkbox"/> 移動用リフト (つり具の部分を除く)	<input type="checkbox"/>	日常的に立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 <input type="checkbox"/> 生活環境において段差の解消が必要だと認められる者
	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/>	排便において全介助を必要とし、かつ移乗において全介助を必要とする者

添付書類
<input type="checkbox"/> 医師の医学的な所見が確認できる書類
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議の記録
<input type="checkbox"/> サービス計画書

※添付書類については裏面をご確認ください。

サービス担当者会議開催日
年 月 日
医師への所見聴取
医療機関名 ()
医師の氏名 ()

【町記載欄】

福祉用具貸与の可否	可 ・ 否
確認の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日

※下記の確認不可の種目は除きます。

確認不可の種目とその理由	
--------------	--

【 添 付 書 類 】

① 医師の医学的な所見が確認できる書類

『福祉用具を必要とする理由』のいずれかに該当する旨が、医師の医学的な所見に基づき判断されているかを確認します。

主治医意見書、医師の診断書等（主治医連絡票を含む）、医師から所見の聴取（FAX・電話・面接等）といった方法による、医師の所見がわかるものを提出してください。

医師から所見を聴取した場合は、聴取日時、聴取方法（電話、面接等）、聴取内容、医療機関名、医師氏名が記録された書面を提出してください。

② サービス担当者会議の記録

（居宅サービス計画書（第4表）／介護予防支援経過記録）

当該福祉用具貸与が特に必要である旨が、サービス担当者会議で検討・判断されているかを確認します。「福祉用具貸与の例外給付についての検討内容（照会内容・回答内容）」が記載されているものがが必要です。

やむを得ない理由によりサービス担当者会議を開催せず、担当者に対する照会等により意見を求めた場合は、「開催日（照会日・回答日）」・「出席者（回答者）」「福祉用具貸与の例外給付についての検討内容（照会内容・回答内容）」が記載されているものがが必要です。

③ サービス計画書

（居宅サービス計画書（第1・2表）／介護予防サービス・支援計画書）

当該福祉用具貸与が特に必要である旨の判断が、計画書に記載されているかを確認します。「医療機関名」・「医師氏名」・「医師の所見」・「当該福祉用具貸与が特に必要な理由」が記載されているものがが必要です。

※すべての書類について、該当箇所が分かるようにラインマーカーの上、提出してください。