

記入例

軽度者に係る福祉用具貸与の確認申請書 兼 確認通知書

(提出先)

川越市長

次のとおり申請します。

貸与する福祉用具の種類を記載してください。(付属品がある場合は具体的な名称も必須です)

1 対象者

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|----|---|----|---|
| 被保険者番号 | 1 | 0 | 0 | * | * | * | * | * | * | * | 申請年 | 00 | 年 | 00 | 月 | 00 | 日 |
| フリガナ | カワゴエ タロウ | | | | | | | | | | 貸与する福祉用具の種類 (※裏面参照) | | | | | | |
| 氏名 | 川越 太郎 | | | | | | | | | | (ア～カ) ア 車いす及び車いす付属品 (クッション) イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品 (マットレス) | | | | | | |

2 要介護度

(該当するものに○をつけてください。)

| | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| 要支援 1 | 要支援 2 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 |
|-------|-------|-------|-------|-------|

4 福祉用具を必要とする理由

(該当するものに○をつけてください。)

| | |
|-----|--|
| 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、頻繁に第94号告示第三十一号のイに該当する者 (例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象) |
| ii | 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第94号告示第三十一号のイに該当するに至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) |
| 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第94号告示第三十一号のイ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) |

3 貸与を開始する日 (予定日)

| |
|-------------|
| 00年 00月 00日 |
|-------------|

5 医師の意見 (医学的な所見) ※A～Cのいずれかの書類の写しを添付

| | | | |
|---------|---|----------|--------------------------------|
| 判断方法 | A 主治医意見書 | B 医師の診断書 | C 医師から所見を聴取し、その内容を記載した居宅サービス計画 |
| 医療機関名 | ABC病院 | | 医師氏名 越川 次郎 |
| 医療機関所在地 | 〒350-0054 川越市三久保町20-10 電話番号 049 (223) **** | | |

6 サービス担当者会議

| | | | | |
|-----|-------------|---|-----------------|---------------|
| 開催日 | 00年 00月 00日 | | 開催場所 | 川越介護支援事業所 会議室 |
| 参加者 | 氏名 | 所属 | 肩書 (資格等) | |
| | 小江戸 花子 | 川越介護支援事業所 | 介護支援専門員 | |
| | 元町 三郎 | 福祉用具貸与事業者B | 福祉用具専門相談員 | |
| | 郭 町子 | 通所介護事業者C | 機能訓練指導員 (理学療法士) | |
| 内容 | 検討した項目 | サービス担当者会議で福祉用具貸与に対し検討した内容について、具体的に記入します。(第4表「サービス担当者会議の要点」の内容。) なお、第4表の写しを添付しても可とします。 | | |
| | 検討内容 | | | |
| | 結論 | | | |
| | その他 | | | |

7 申請者 (居宅介護支援事業者 / 介護予防支援事業者)

| | | | |
|--------|---|-----------|--------|
| 事業者名 | 川越介護支援事業所 | 担当介護支援専門員 | 小江戸 花子 |
| 事業者所在地 | 〒350-8601 川越市元町1-3-1 電話番号 049 (224) **** | | |

○貸与する福祉用具の種類について（複数ある場合は併記可。）

| 福祉用具の種目 | 厚生労働大臣が定める者のイ (厚生労働省が定める基準に適合する利用者等 告示第94号告示第三十一号のイ) |
|-----------------------------|--|
| ア 車いす及び 車いす付属品 | 次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に歩行が困難な者 (二) 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 |
| イ 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 (一) 日常的に起きあがり困難な者 (二) 日常的に寝返りが困難な者 |
| ウ 床ずれ防止用具 及び体位変換器 | 日常的に寝返りが困難な者 |
| エ 認知症老人徘徊 感知機器 | 次のいずれにも該当する者 (一) 意見の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 (二) 移動において全介助を必要としない者 |
| オ 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 (一) 日常的に立ち上がりが困難な者 (二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 (三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者 |
| カ 自動排泄処理装置 | 次のいずれにも該当する者 (一) 排便が全介助を必要とする者 (二) 移乗が全介助を必要とする者 |

○確認申請が不要なケース（直近の基本調査結果を用いて、下記に該当することが確認できる場合等）
注）必要な理由を居宅サービス計画に記載し、サービス担当者会議にて必要性の検討後の利用が前提

○新型コロナウイルスにおける介護認定有効期間の延長を行った方について、延長前に軽度者申請を行っている場合は、延長後の確認申請は不要です。

| 用具の種類 | 確認する基本調査項目（老企第36号第2の9（2）の①のアの表） |
|---------------------------------|---|
| (1)車いす (2)車いす付属品 | (1) 日常的に歩行が困難な者 →基本調査1-7「歩行」：「3. できない」者 (2) 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 →指定居宅介護支援事業所が福祉用具貸与の必要性を判断した者（欄外※1） |
| (3)特殊寝台 (4)特殊寝台付属品 | (1) 日常的に起きあがり困難な者 →基本調査1-4「起きあがり」：「3. できない」者 (2) 日常的に寝返りが困難な者 →基本調査1-3「寝返り」：「3. できない」者 |
| (5)床ずれ防止用具 (6)体位変換器 | (1) 日常的に寝返りが困難な者 →基本調査1-3「寝返り」：「3. できない」者 |
| (11)認知症老人 徘徊感知機器 | 次のいずれにも該当する者 (1)意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障のある者 →基本調査3-1「意思の伝達」：「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外の者 →基本調査3-2～3-7「毎日の日課を理解する」：いずれかが「2. できない」者 →基本調査3-8～4-15「徘徊」：いずれかが「1. ない」以外の者 →その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている者 (2) 移動において全介助を必要としない者 →基本調査2-2「移動」：「4. 全介助」以外の者 |
| (12)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 (1)日常的に立ち上がりが困難な者 →基本調査1-8「立ち上がり」：「3. できない」者 (2)移譲が一部介助又は全介助を必要とする者 →基本調査2-1「移譲」：「3. 一部介助」又は「4. 全介助」の者 (3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者 →指定居宅介護支援事業所が福祉用具貸与の必要性を判断した者（欄外※1） |
| (13)-2自動排泄 処理装置(便及 び尿を吸引) | 次のいずれにも該当する者 (1)排便が全介助を必要とする者 →基本調査2-6「排便」：「4. 全介助」の者 (3) 移譲が全介助を必要とする者 →基本調査2-1「移譲」：「4. 全介助」の者 |

(※1) 主治医から得た情報及び福祉用具専門相談員ほか軽度者の状態像について適切な助言が可能な者が参加するサービス担当者会議を通じて、指定居宅介護支援事業所が福祉用具貸与の必要性を判断した者