

(あて先)八戸市長

下記の軽度者に係る福祉用具貸与の要否について確認願います。

初回・2回目以降(前回確認日 平成 年 月 日)

対象者名

要介護状態区分

要支援1・要支援2・要介護1

被保険者番号

○利用者の状態像(i～iiiのいずれかに○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23号告示第21号のイに該当する者
- 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23号告示第21号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者
- 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23号告示第21号のイに該当すると判断できる者

※第23号告示第21号のイについては下記参照のこと

○利用者の状態像が i～iiiのいずれかに該当する医師の所見

情報収集日 平成 年 月 日

(意見書、診断書は記載日)

医療機関名

医師名

添付書類

(1～5のいずれかに○を付けてください)

- 1.主治医意見書
- 2.医師の診断書
- 3.担当の介護支援専門員が聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見
- 4.担当職員が聴取した介護予防サービス計画に記載する医師の所見
- 5.その他()

○福祉用具貸与を特に必要とする判断

サービス担当者会議等実施日

平成 年 月 日

添付書類

サービス担当者会議等の記録

○福祉用具貸与開始日及び種目

平成 年 月 日・(種目)

指定介護(予防)支援

事業者名

担当者名

印

※上記の事項について居宅(介護予防)サービス計画書に記載、もしくは写しを計画書に併せて保存してください。また、指定(介護予防)福祉用具貸与事業所より当該軽度者にかかる情報について確認の依頼があったときには、利用者の同意を得て、情報提供してください。

※第23号告示第21号イに該当する者

種目	一定の条件
車いす及び 車いす付属品	次のいずれかに該当する者 ○ 日常的に歩行が困難な者 ○ 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
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 ○ 日常的に起きあがり困難な者 ○ 日常的に寝返りが困難な者
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
認知症老人 徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者 ○ 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者 ○ 移動において全介助を必要としない者
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 ○ 日常的に立ち上がりが困難な者 ○ 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 ○ 生活環境において段差の解消が必要と認められる者