

香美市高齢介護課長 様

事業所名
ケアマネージャー氏名
連絡先 TEL

介護保険軽度者に対する福祉用具貸与に係る利用申請書

下記の被保険者に対して、福祉用具貸与の利用申請をします。

フリガナ氏名		被保険者番号	0	0																
住所	香美市																			
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(申請日 年 月 日)																			
認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで																			

希望する福祉用具及び該当する状態	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 ※右記のいずれかに該当する者	<input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者(基本調査1-7:歩行「3.できない」) <input type="checkbox"/> 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(ケアマネジメントにより指定居宅予防・介護支援事業所が判断)	
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 ※右記のいずれかに該当する者	<input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難な者(基本調査1-4:起き上がり「3.できない」) <input type="checkbox"/> 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」)	
	<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(基本調査1-3:寝返り「3.できない」)	
	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 ※右記のいずれにも該当する者	<input type="checkbox"/> 意思の伝達、介護者への反応、記憶又は理解に支障がある者(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/または3(2~7):記憶・理解のいずれか「2.できない」/または3-8~4(1~15):問題行動のいずれか「1.ない」以外 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場合も含む) <input type="checkbox"/> 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)	
	<input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く。) ※右記のいずれかに該当する者	<input type="checkbox"/> 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」) <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者(基本調査2-1:移乗「3.一部介助」または「4.全介助」) <input type="checkbox"/> 生活環境において段差の解消が必要と認められる者(ケアマネジメントにより指定居宅予防・介護支援事業所が判断)	
	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 ※右記のいずれにも該当する者	<input type="checkbox"/> 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」) <input type="checkbox"/> 移乗が全介助を必要とする者(基本調査2-1:移乗「4.全介助」)	
医師の医学的所見	<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「貸与が認められる場合」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「貸与が認められる場合」に該当す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「貸与が認められる場合」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)		
現在の状況			
貸与期間 ※認定終了日まで	年 月 日から 年 月 日まで	傷病名	

基本調査の直近の結果にて、必要性を判断できない場合は、担当者会議記録及びケアプランの提出をお願いします。