　　年　　　月　　　日

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　　℡

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 |  | 被保険者番号 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 香美市 | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | □要支援1 □要支援２ □要介護１ □要介護２ □要介護３ □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 | □車いす  及び車いす付属品  ※右記のいずれかに該当する者 | □日常的に歩行が困難な者（基本調査１－７：歩行「３．できない」） | | |
| □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） | | |
| □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 | □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」） | | |
| □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」） | | |
| □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  （基本調査１－３：寝返り「３．できない」） | | |
| □認知症老人徘徊感知機器  ※右記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） | | |
| □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） | | |
| □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 | □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」） | | |
| □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」） | | |
| □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） | | |
| □自動排泄処理装置  ※右記のいずれにも該当する者 | □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」  □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 | □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） | | | |
| □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） | | | |
| □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。