

介護保険による「軽度者に係る福祉用具貸与の利用」の承認申請書

出水市長 様

申請日 令和 年 月 日

| | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|---|---------|--|------|--|--|--|--|
| 氏名 | (男・女) | 被保険者番号 | | | | | | | |
| 住所 | | 介護度 | 要支援 1・2 | | 要介護1 | | | | |
| 生年月日(年齢) | 明・大・昭 年 月 日(歳) | 居宅介護支援事業所名 | | | | | | | |
| 電話番号 | | 担当ケアマネジャー | | | | | | | |
| 承認を受けたい福祉用具の種目及び理由 | 種目: 理由: | | | | | | | | |
| (Ⅰ)～(Ⅳ)のうち、該当すると思われる項目に○をしてください。 | (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19号のイ(又は第23号告示第62号において準用する第19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23号告示第19号のイ(又は第23号告示第52号において準用する第19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23号告示第19号のイ(又は第23号告示第52号において準用する第19号のイ)に該当すると判断できる者(例:喘息発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による嚥下性肺炎の回避) | | | | | | | |
| | (Ⅳ) | 環境的要因※車椅子及び付属品・移動用リフトのうち認定調査項目がないものに限り、環境的要因により、福祉用具の利用がなければ、自立した生活が困難であると認めるもの | | | | | | | |
| | 注(例)の状態は、あくまで(Ⅰ)～(Ⅳ)の状態の者に該当する可能性があるものを例示したにすぎない。また、逆に(例:)の状態以外のものであっても、(Ⅰ)～(Ⅳ)の状態であると判断される場合もありうる。 | | | | | | | | |

添付書類※認定調査項目の結果のみで判断できる場合は必要ありません。

- ① 対象者に係る居宅サービス計画書一式
- ② 更新継続申請の場合は、福祉用具に対する評価表
- ③ 主治医意見書、医師の診断書及び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が確認できるもの。

ここから下は市が記入します。

| | | | | |
|----------------|--------|--------|------|--|
| 車椅子及び付属品 | 可 ・ 不可 | 保険者の意見 | | |
| 特殊寝台及び付属品 | 可 ・ 不可 | | | |
| 床ずれ防止用具及び体位変換機 | 可 ・ 不可 | | | |
| 認知症徘徊感知機器 | 可 ・ 不可 | | | |
| 移動用リフト | 可 ・ 不可 | | | |
| 決 裁 日 | 課 長 | 係 長 | 担当・係 | |
| 令和 年 月 日 | | | | |