

原則として
貸与開始前に申請してください

【様式1】

令和×年 8月 20日

袖ヶ浦市長 様

申請事業所名 居宅支援事業所シイノキ
事業所住所 袖ヶ浦市坂戸市場×××
事業所連絡先 0438-××-××××
担当ケアマネジャー名 椎木 花子

軽度者等福祉用具貸与確認申請書

次の被保険者に対して、医師の意見(医学的な所見)により状態像が判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントを実施したところ、(介護予防)福祉用具貸与が必要と判断しましたので確認申請をします。

1. 貸与を予定している被保険者

被保険者氏名	千葉 太郎	被保険者番号	XXXXXXXXXXXX
住 所	袖ヶ浦市長浦駅前×××		
生 年 月 日	明・大(昭) ×年 ×月 ×日(××歳)		
要介護度【該当に○】	要支援1・要支援2・ <u>要介護1</u> ・要介護2・要介護3		
認定有効期間	令和×年 9月 1日 ~ 令和×年 8月 31日		

2. 貸与を必要と判断した福祉用具

福祉用具の種目 【該当に○】	車いす・車椅子付属品・ <u>特殊寝台</u> ・ <u>特殊寝台付属品</u> ・ 床ずれ防止用具及び体位変換器・認知症老人徘徊感知機器・ 移動用リフト・自動排泄処理装置		
利用開始日	令和×年 9月 1日		
氏名	そでがうら福祉用具		
番号	127XXXXXXXX		

認定有効期間内の日付
を記入してください

A～Cのどの状態像に該当するか
は必ず医師が判断します

医師の意見(該当する状態像にチェック)

- A 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、告示(平成27年厚生省告示第94号31。以下同じ。)で定める福祉用具が必要な状態に該当する者
- B 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者
- C 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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者

医療機関名	うぐいす病院
担当医師名	うぐいす 次郎 医師
所見確認日	令和×年 8月 20日

貸与開始前に所見を確認してください

4. 特に必要と判断した理由(ケアマネジメント結果)

例：腰椎圧迫骨折により、自力での起き上がりに時間を要する。また、介護者も高齢であるため、起き上がり動作を手伝うことが困難な状態である。安全に日常生活を送るために、背上げ機能のある特殊寝台及び特殊寝台付属品が必要であると判断した。

※その他、本人の状態等を必要に応じて記入してください。

①疾病名を含む医学的な所見、

②該当する状態（起き上がりが困難、医学的に禁止されている等）

その結果③A～Cのどの状態像に該当するかを記載してください。

**※上記①～③と「医療機関名・主治医名、所見聴取日、聴取方法」を
ケアプランに必ず記載してください。**

5. 添付書類

- ・サービス担当者会議
- ・ケアプラン1表・2表(介護予防ケアプランA、B、C)
- ・その他必要とする書類(診断書等)

下記の①～③について、担当の居宅介護(介護予防)支援事業所から説明を受け同意しました。

- ① 居宅介護(介護予防)支援事業所が、私の福祉用具貸与に関する確認申請を上記のとおり行うこと。
- ② 確認通知書を当該居宅介護(介護予防)支援事業所あてに送付すること。
- ③ この申請に係る確認のために必要があるときは、私の要介護度や心身の状態及び疾病等、必要な事項について、袖ヶ浦市が調査すること。

(本人同意欄) 氏名 千葉 太郎