**指定（介護予防）福祉用具貸与費に係る算定可否確認申請書**

年 月 日

安 城 市 長 あて

担当居宅介護支援事業所（包括支援センター）

・事業所（センター）名

・担当者氏名

・介護支援専門員番号

・連絡先（電話番号・ＦＡＸ）

平成１９年３月３０日付老振発第０３３０００１号老老発第０３３０００３号に基づき、下記被保険者に対し指定（介護予防）福祉用具を貸与するに当たり、費用の算定の可否について確認をお願いいたします。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  | | フリガナ |  | | | 生年月日 | |
| 氏 名 |  | | | 年 月 日 | |
| 住 所 | 〒  電話番号（ ） － | | | | | | | |
| 認定区分 | 要支援1 要介護2  要支援2 要介護3  要介護1 | | 申請日又は認定日 | | 年 月 日 | | |
| 認定有効期間 | | 年 月 日から  年 月 日 | | |
| 貸与福祉用具種別 | |  | | | | | | | |
| 可否の判断基準 | 医師の  医学的所見 | 医療機関名  ・  医師氏名 |  | | 確認  方法 | | ・主治医意見書  ・診断書（写し別添）  ・意見聴取（電話・面接）  （聴取月日 月 日） | | |
| 所見内容は裏面に記入してください | | | | | | | |
| サービス  担当者会議  の内容 |  | | | | | | | |
| 別添のとおり | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

＊添付書類 ケアプランの第1表から４表までの写し（要支援の場合はそれぞれに該当するものの写し）

市記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 可 否  判定欄 | 判断要件の適否 | | | 算定の可否 | | 備 考（理由・条件など） | |
| 医師の医学的所見 | 適 ・ 否 | 可 | |  | |
| サービス担当者会議 | 適 ・ 否 | 否 | |  | |
|  |  | 可否決定日 | | 年 月 日 | |
| 本人の状態（医師の医学的な所見を記入） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

⇩

|  |
| --- |
| 該当するものにレをつけてください |
| □ ⅰ）状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に厚生労働省告示第９５号告示第２５号のイ（以下「２５号のイ」という）（下記参照）に該当する者  □ ⅱ）状態が急速に悪化し、短期間のうちに２５号のイ（下記参照）に該当するに至ることが確実に見込まれる者  □ ⅲ）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２５号のイ（下記参照）に該当すると判断できる者 |

⇩

|  |
| --- |
| 該当する者にレをつけてください |
| 厚生労働省告示第９５号告示第２５号のイ  （１）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  □ 日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者  （２）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が困難な者  □ 日常的に寝返りが困難な者  （３）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  （４）認知症老人徘徊感知機器 次のいずれにも該当する者  □ 意志の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者  □ 移動において全介助を必要としない者  （５）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  （６）自動排泄処理装置  □ 排便において全介助を必要とする者  □ 移乗において全介助を必要とする者  ※昇降座椅子については（５）の移乗の項目に該当する場合に貸与の対象となります。 |