

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。