

国分寺市軽度者に対する福祉用具貸与届出書

| | | | |
|-------------------------|-------------------|------------------|--------------|
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 要介護度 | 要支援 1・2・要介護 1・2・3 | 認定期間 | 年 月 日～ 年 月 日 |
| 居宅介護（介護予防） 支援事業者名 | | 担当ケアマネジャー 氏 名 | TEL: |
| 福祉用具貸与事業者名 | | TEL: | |
| 福祉用具貸与の必要性を判断した 担当医名 | | 氏名： | 病院名： |
| 利用開始希望日 | 年 月 日 | | |

[算定可否の判断基準]

医師の医学的な所見により、下記 i) ～ iii) のいずれかに該当する者。該当項目に○をしてください。

- i) 疾病その他の原因により、状態が悪化しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に下記表に該当する者
- ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期期間のうちに下記表に該当するに至ることが確実に見込まれる者
- 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下記表に該当すると判断できる者

該当「種目」欄と、対応する「厚生労働大臣が定める者」欄の□にチェックを入れてください。

| 種 目 | 厚生労働大臣が定める者 |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 日常的に <u>起き上がり</u> が困難な者 <input type="checkbox"/> 日常的に <u>寝返り</u> が困難な者 |
| <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び 体位変換器 | <input type="checkbox"/> 日常的に <u>寝返り</u> が困難な者 |
| <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 | 次のいずれにも該当する者 <input type="checkbox"/> <u>意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者</u> <input type="checkbox"/> <u>移動において全介助を必要としない者</u> |
| <input type="checkbox"/> 移動用リフト | 次のいずれかに該当する者 <input type="checkbox"/> 日常的に <u>立ち上がり</u> が困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 |
| <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 | 次のいずれにも該当する者 <input type="checkbox"/> 排便が <u>全介助</u> を必要とする者 <input type="checkbox"/> 移乗が <u>全介助</u> を必要とする者 |

【注意 1】 軽度者への「車いす」「車いす付属品」「移動用リフト(つり具の部分を除く)」の貸与は、これまでどおり「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」「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」にそれぞれ該当する場合は、主治医から得た情報及び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により、指定居宅介護（介護予防）支援事業者で判断可能ですので、この届出書で市に確認をとる必要はありません。

【注意 2】 下記いずれかの場合には、届出書を再提出していただく必要があります。
 ・要介護状態区分が変更になったとき。
 ・福祉用具の必要性について、必要に応じ随時サービス担当者会議で見直しを行い、状態に変化が認められるとき。

【注意 3】 原則利用開始希望月のケアプラン作成前(利用開始希望月の前月)に提出してください。

| |
|-------|
| 利用承認印 |
| |

届出書提出の際の添付書類については裏面でご確認ください。

【届出書提出の際の添付書類】

◆要介護1等の方◆

下記〔1〕～〔3〕の書類を添付してください。

〔1〕本人状態を確認できるもの

ケアプラン1表～3表

〔2〕医師の医学的な所見に基づき判断されていることが確認できるもの

(ア) サービス担当者会議に医師が参加している場合

医師の医学的な所見が記載されているケアプラン4表

(イ) サービス担当者会議に医師が参加していない場合 下記①～③のいずれか

① 医師の医学的な所見が記載されているケアプラン4表

② 主治医意見書

③ 医師の診断書

〔3〕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により福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されていることを確認できるもの

ケアプラン4表

◆要支援1・2の方◆

下記〔1〕～〔3〕の書類を添付してください。

〔1〕本人状態を確認できるもの

ケアプランA～D表

〔2〕医師の医学的な所見に基づき判断されていることが確認できるもの

下記①～③のいずれか

① 医師の医学的な所見が記載されているケアプランE表別表

② 主治医意見書

③ 医師の診断書

〔3〕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により福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されていることを確認できるもの

ケアプランE表別表

【問い合わせ先】

〒185-0024 国分寺市泉町 2-3-8 いずみプラザ

国分寺市 福祉部 高齢福祉課 介護保険係

電話 : 042-321-1301

FAX : 042-320-1180