

指定福祉用具貸与費に係る算定可否確認申請書

申請日： 年 月 日

長久手市長 あて

次の被保険者について、医師の医学的所見に基づき、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、(介護予防) 福祉用具貸与が特に必要であると判断したので、確認をお願いします。

申請者	居宅介護（介護予防） 支援事業所名	
	連絡先	電話番号（ ） — FAX（ ） —
	計画作成担当者名	

被保険者	フリガナ			被保険者番号	
	氏名	(男・女)			
	認定区分 (該当に○)	要支援1・要支援2 要介護1・要介護2・要介護3 申請中(申請日 年 月 日)	認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
貸与福祉用具種別 (該当に○)		特殊寝台 ・ 特殊寝台付属品 ・ 床ずれ防止用具 ・ 体位変換器 認知症老人徘徊感知機器 ・ 移動用リフト(つり具の部分を除く) ・ 自動排泄処理装置			
医師の医学的所見	状態像 (該当に○)	i) 状態の変動	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、頻繁に例外規定に該当する状態になる者		
		ii) 急性増悪	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに頻繁に例外規定に該当するにいたることが確実に見込まれる者		
		iii) 重篤化回避	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例外規定に該当すると判断できる者		
	医師名		医療機関名		
	確認した方法	☐ 要介護認定時の主治医意見書 ☐ 診断書(診療情報提供書) ☐ 意見聴取(電話・FAX・面接)		確認日	年 月 日
サービス担当者会議	開催日	年 月 日			
	福祉用具が特に必要と判断した理由 *「記録参照」は不可				

- *添付書類 ☐ 居宅(介護予防) サービス計画(又は暫定プラン) 様式(第1表・第2表)の写し
☐ サービス担当者会議の会議録等の写し
 (医師の医学的な所見に基づき、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が記録されていること)
☐ 医師の医学的な所見のわかるものの写し(疾患名、福祉用具が必要な症状等が記入されていること)
 ※サービス担当者会議の要点等に詳細な記載のある場合には省略可

可否判定欄	判断要件の適否		算定の可否	可 ・ 否
			備考	(理由・条件など)
	計画の位置付け	適・否	可否決定日	年 月 日
	医師の医学的所見	適・否	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
	サービス担当者会議	適・否		

この申請書の可否判定欄の記載をもって通知にかえさせていただきます。