

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認について

令和 年 月 日

あて先

志賀町

事業所名

管理者名

印

担当ケアマネージャー名

被保険者名	(歳)	住所 志賀町
要介護度	要支援1 要支援2 要介護1	要介護申請中(申請日)
認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	

A) 上記の被保険者に対して、福祉用具貸与が必要と判断しましたので報告します。

(必要と判断した福祉用具の記号に○)

種目	基本調査の結果	
ア 車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に歩行が困難な者 (二) 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	1-7 「3.できない」 —
イ 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 (一) 日常的に起き上がりが困難な者 (二) 日常的に寝返りが困難な者	1-4 「できない」 1-3 「できない」
ウ 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	1-3 「できない」
エ 認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者 (一) 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 (二) 移動において全介助を必要としない者	3-1 「1.できる」以外、又は 3-2~3-7のいずれか「2.できない」 又は3-8~4-15のいずれか「1.ない」以外 その他、主治医意見書において認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。 2-2「4.全介助」以外
オ 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 (一) 日常的に立ち上がりが困難な者 (二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 (三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	1-8「3.できない」 2-1「3.一部介助」又は「4.全介助」 —
カ 自動排泄処理装置	次のいずれにも該当する者 (一) 排便が全介助を必要とする者 (二) 移乗が全介助を必要とする者	2-6 「4.全介助」 2-1 「4.全介助」

B) 上記の被保険者に対して、福祉用具貸与が必要と判断しましたので、確認を依頼します。

(医学的所見の確認書類に基づき、該当する状態像をチェック)

<input type="checkbox"/>	(i) 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第23号告示第21号のイに該当する者
<input type="checkbox"/>	(ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第23号告示第21号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者
<input type="checkbox"/>	(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第23号告示第21号のイに該当すると判断できる者
医療機関名	担当医師名
所見確認日	令和 年 月 日

- B)の添付書類 ①医学的所見の確認書類(写し)
②サービス担当者会議の記録(写し)
③ケアプラン(写し)

町受付印欄

注)少なくとも6ヶ月に1回は見直しが必要です。