別記様式1(第3条関係)

　　年　　月　　日

彦根市長　様

申請者 事業所：

担当者：

連絡先：

軽度者の福祉用具貸与確認申請書【新規・変更・更新】

軽度者の福祉用具貸与について、以下のとおり申請します。

1　被保険者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  | 生年月日 | 年 月 日（ 　 歳） |
| 被保険者住所 |  | | |
| 認定区分 | 要支援（　　　）　　　　 要介護（　　　）　　　 申請中 | | |
| 認定期間 | 年　　月　　日 ～　　　　　 　年　　月　　日　・　申請中 | | |

2　必要な福祉用具

|  |  |
| --- | --- |
| 対象種目  ※（　　）内に  対象種目記載  ※自動排泄処理装置は要介護2・3含む | 車いす（　　　　　　　　　）  車いす付属品（　　　　　 　　　　　　）  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（　　　　　　　　　　　）  自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く) |
| 利用開始日 | 年　　　月　　　日　（※遡及する場合のみ記入） |
| 必要とする理由 |  |

3　医学的な所見

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者の状態像 |  | ⅰ）疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に利用者等告示第三十一号のイに該当する者  （例　パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象） | | |
|  | ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第三十一号のイに該当することが確実に見込まれる者  （例　がん末期の急速な状態悪化） | | |
|  | ⅲ）疾病その他の原因により、身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的判断から利用者等告示第三十一号のイに該当すると判断できる者  （例　ぜんそく発作時による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避） | | |
| 上記の確認方法 | 主治医意見書　　医師の医学的所見(書面)　　 医師の医学的所見（聴取） | | | |
| 医療機関名 |  | | 担当医師名 |  |

【保険者記入欄】下記のとおり決定します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 確認結果 | 算定可　・　算定否 | 確認日 | 年　　　月　　　日 |
| 確認期間 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日　または　申請中の認定有効期間 | | |
| 備考 |  | | |

【問合せ先】彦根市高齢福祉推進課 事業者支援係

TEL：0749-24-0828 Mail：kourei@ma.city.hikone.shiga.jp

別表１ 【利用者等告示第３１号】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象外種目 | 厚生労働大臣が定める者のイ | 厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果 |
| ア　車いすおよび車いす付属品 | 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 | 基本調査1-7  「3.できない」  ― |
| イ　特殊寝台および特殊寝台付属品 | 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 | 基本調査1-4  「3.できない」  基本調査1-3  「3.できない」 |
| ウ　床ずれ防止用具および体位変換器 | 日常的に寝返りが困難な者 | 基本調査1-3  「3.できない」 |
| エ　認知症老人徘徊感知機器 | 次のいずれかに該当する者  （一）意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶または理解に支障がある者  （二）移動において全介助を必要としない者 | 基本調査3-1  「1.調査対象者が意見を他者に伝達できる」以外  または  基本調査3-2～3-7  のいずれか「2.できない」  または  基本調査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。  基本調査2-2  「4.全介助」以外 |
| オ　移動用リフト（つり具の部分を除く）  **※昇降座椅子は(二)で判断。**  **※(三) は段差解消機のみ。昇降座椅子、バスリフト等は含まず。** | 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）移乗において一部介助また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 | 基本調査1-8  「3.できない」  基本調査2-1  「3.一部介助」または「4.全介助」  ― |
| カ　自動排泄処理装置 | 次のいずれかに該当する者  （一）排便において全介助を必要とする者  （二）移乗において全介助を必要とする者 | 基本調査2-6  「4.全介助」  基本調査2-1  「4.全介助」 |

※ア（二）およびオ（三）については、該当する基本調査結果がないため、主治の医師から得た情報および福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能な者が参加するサービス担当者会議等を通じたケアマネジメントにより、指定居宅介護支援事業者（指定介護予防支援事業者）が判断すること。※申請書の提出不要。

【提出書類】

　・軽度者の福祉用具貸与確認申請書

・医師の医学的所見が確認できる書類（聴取した内容を居宅サービス計画等に記載でも可）

　・居宅サービス計画書（第1表、第2表、第3表）または介護予防支援計画書

　・サービス担当者会議の要点