年　　月　　日

彦根市高齢福祉推進課長　様

軽度者の福祉用具貸与　確認書

下記利用者の福祉用具貸与について、確認願います。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 居宅支援事業所 |  | 担当者氏名 |  |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 被保険者住所 |  |
| 認定区分 | 要支援１　・　要支援２　・　要介護(　　　)　・　申請中 |
| 認定期間 | 　　年　　月　　日 ～　　　　年　　月　　日　・　申請中 |
| 利用種目および提出書類 | ※（　）の該当項目に〇をしてください。□ 特殊寝台□ 特殊寝台付属品（ｻｲﾄﾞﾚｰﾙ・ﾏｯﾄﾚｽ・ﾃｰﾌﾞﾙ・ﾍﾞｯﾄﾞ用手すり・ｽﾗｲﾃﾞｨﾝｸﾞﾎﾞｰﾄﾞおよびｽﾗｲﾃﾞｨﾝｸﾞﾏｯﾄ・介助用ﾍﾞﾙﾄ）□ 床ずれ防止用具□ 体位変換機□ 認知症老人徘徊感知機器□ 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）※ | ・「軽度者の福祉用具貸与 確認書」・疾病その他の原因により使用が必要であることが、医師の医学的な所見により判断されていることが確認できる書類・医師の所見を踏まえて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貸与が必要であると判断されている書面（サービス担当者会議の記録など）・担当者会議の結果を踏まえて作成された居宅介護サービス計画書 |
| ※（　）の該当項目に〇をしてください。□ 車いす（自走用・介助用）□ 車いす（介助用電動）□ 車いす（電動カート）□ 車いす付属品（ｸｯｼｮﾝまたはﾊﾟｯﾄﾞ・電動補助装置・ﾃｰﾌﾞﾙ・ﾌﾞﾚｰｷ）□ 移動用リフト（床走行式・固定式・据置式） | ・「軽度者の福祉用具貸与 確認書」・「介護支援専門員が必要性を確認した書類」・「介護支援専門員が必要性を確認した書類」をもとに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貸与が必要であると判断されている書面（サービス担当者会議の記録など）・担当者会議の結果を踏まえて作成された居宅サービス計画書 |

※自動排泄処理装置についてのみ、要介護２・３の者も軽度者に含む。

上記種目について、下記のとおり決定します。

記

算定可　　・　　算定否

（備考）

確認期間　　　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　　年　　　月　　　日

　年　　　月　　　日　彦根市高齢福祉推進課長

（令和5年4月1日改正）

介護支援専門員が必要性を確認した書類

　※該当項目にチェックを入れてください。

|  |
| --- |
| １　車いす（自走用）・車いす付属品利用目的・・・該当する目的にチェックをしてください（複数可）。　　**□**受診　　**□**日常的な買い物　　**□**地域活動（サークル・習い事・自治会活動など）**□**日常的な家屋内移動　　**□**その他（　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　）利用頻度　**□**上記目的のため、常に週に１回以上の利用がある。利用後の状況・・・想定できる状況にチェックをしてください（複数可）。**□**障害自立度Ａランク（介助があれば外出可）がＪランク（1人で外出可）になる。**□**利用すれば、家屋内の移動が自立できる。**□**利用すれば、上記の利用目的が本人、家族、介護者だけで行える。（利用しなければ訪問介護やインフォーマルサービスなどを利用しなければならない。） |

|  |
| --- |
| ２　車いす（介助用・介助用電動）・車いす付属品利用目的・・・該当する目的にチェックをしてください（複数可）。　　**□**受診　　**□**日常的な買い物　　**□**地域活動（サークル・習い事・自治会活動など）**□**その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）利用頻度　**□**上記目的のため、週に１回以上の利用がある。利用後の状況　　**□**利用すれば、上記の利用目的が本人、家族、介護者だけで行える。（利用しなければ訪問介護やインフォーマルサービスなどを利用しなければならない。） |

|  |
| --- |
| ３　車いす（電動カート）・車いす付属品利用目的・・・該当する目的にチェックをしてください（複数可）。　　**□**受診　　**□**日常的な買い物　　**□**地域活動（サークル・習い事・自治会活動など）**□**日常的な家屋内移動　　**□**その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）利用頻度　**□**上記目的のため、常に週に１回以上の利用がある。利用後の状況・・・想定できる状況にチェックをしてください（複数可）。**□**障害自立度Ａランク（介助があれば外出可）がＪランク（1人で外出可）になる。**□**利用すれば、上記の利用目的が１人で達成できる。　　**□**利用すれば、家屋内の移動が自立できる。（利用しなければ訪問介護やインフォーマルサービスなどを利用しなければならない。）本人の状況・・・全てに該当することが必要です。　　**□**運転に支障となるような、認知症などによる理解力の低下がない。　　**□**運転に支障となるような、視力や手指の障害がない。 |

|  |
| --- |
| ４　移動用リフト利用目的・・・該当する目的にチェックをしてください（複数可）。　　**□**外出　　**□**入浴　　**□**排泄　　　**□**日常的な家屋内移動　　　**□**家屋の出入り　　**□**その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）利用頻度　**□**上記目的のため、常に週に１回以上の利用がある。利用後の状況・・・想定できる状況にチェックをしてください（複数可）。　　**□**利用すれば、家屋内の移動が自立できる。　　**□**利用すれば、家屋内の移動が本人、家族、介護者だけで行える。　　**□**利用すれば、家屋の出入りが本人、家族、介護者だけで行える。（利用しなければ訪問介護やインフォーマルサービスなどを利用しなければならない。） |