年　　　月　　　日

さくら市長　様

事業所名

事業所番号

開設法人名

代表者氏名

軽度者に対する福祉用具貸与の取扱いの特例に関する確認依頼書

　次の被保険者に対して、（介護予防）福祉用具貸与が必要であると判断しましたので、確認をお願いいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 住所 | 〒 |
| 要介護度 |  | 認定有効期限 |  |
| 必要とする福祉用具 | □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（□昇降座椅子　□段差解消機　□入浴用リフト）その他（　　　　　　　　　　）　□自動排泄処理装置 |
| 貸与開始（予定）日 | 年　　　月　　　日 | 申請区分 | 新規　・　継続 |
| 必要とする理由 | 疾病等：　　　　　　　　　　　　　　心身の状況等： |

医学的所見（医学的所見の確認書類に基づき、該当する状態像にチェックしてください。）

□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、頻繁に厚生労働大臣が定める者等（平成２７年厚生労働省９４号告示第３１号のイに定める者をいう。以下同じ）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、短期間のうちに厚生労働大臣が定める者等に該当するに至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又は症状の重篤化の回避等医学的判断から厚生労働大臣が定める者等に該当すると判断できる者（例　ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避）

【添付書類】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | 書類の内容 | 該当に〇 |
| １ | 留意事項通知第二の９の（２）の①のウのⅰ）～ⅲ）のいずれかに該当することが医師の所見に基づいていることを証する書類 | 有・無 |
| ２ | 福祉用具貸与の必要性の判断がサービス担当者会議等を経た適切なケアマネジメントの結果を踏まえていることを証する書類 | 有・無 |
| ３ | 貸与が必要な福祉用具カタログ | 有・無 |