

軽度者に係る福祉用具貸与費の算定に関する届出書

年 月 日

(あて先) 長岡市長

下記の福祉用具貸与費の算定の可否について確認願います。

居宅介護支援 (介護予防支援) 事業所名	掲載	介護支援専門員名	
被保険者名		被保険者番号	
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日	要介護状態区分	要支援1・要支援2・要介護1
住 所			
算定しようとする福祉用具の種目 ※該当するものに✓を付けてください。			
<input type="checkbox"/> 車いす	(各事業所において、判断してください。届出書の提出は不要です。)		
<input type="checkbox"/> 車いす付属品			
<input type="checkbox"/> 特殊寝台			
<input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 (<input type="checkbox"/> サイドレール <input type="checkbox"/> マットレス <input type="checkbox"/> ベッド用手すり <input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> スライディングボード・スライディングマット <input type="checkbox"/> その他 [])			
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具			
<input type="checkbox"/> 体位変換器			
<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器			
<input type="checkbox"/> 移動用リフト	(各事業所において、判断してください。届出書の提出は不要です。)		
開始予定年月日	年 月 日		
医師の医学的な所見 ※ 該当するものに ✓を付けてください。	<input type="checkbox"/> 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、頻繁に福祉用具が必要な状態に該当する者。(例：パーキンソン病のON・OFF現象)		
	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに福祉用具が必要な状態にな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)		
	<input type="checkbox"/> 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等の回避等医学的判断から福祉用具が必要な状態に該当する者。(例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全)		
	医 師 名		医療機関名

備考 この届出書に、以下の書類を添付してください。

1. 医師の医学的な所見の記録 (主治医意見書、介護支援専門員医師所見聴取書、担当医診断書のいずれか)
2. サービス担当者会議等を通じて出された報告書(「サービス担当者会議の要点」(第4表)又は「サービス担当者に対する照会(依頼)内容」)

※算定可となった後、更新申請等で要介護2以上となり、その後再び要介護1以下となった場合で、引き続き貸与が必要と判断される被保険者は、再度届出書を提出してください。

年 月 日

居宅介護支援(介護予防支援)事業所 様

長岡市長 磯田 達伸

届出のありました福祉用具貸与費の算定の可否について、下記のとおり確認しました。

算定の可否	算定可 ・ 算定不可	確 認 印
算定不可の場合 その理由		