令和　　年　　月　　日

高知市介護保険課長　　様

居宅介護支援事業所名

担当介護支援専門員氏名

連絡先　　℡

介護保険軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認依頼書

下記の被保険者に対し，医師の所見に基づき状態像が確認され，かつ，サービス担当者会議の開催等を通じた適切なケアマネジメントにより，厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（平成27年厚生労働省告示第94号。以下「利用者等告示」という。）第31号のイ（利用者等告示第88号において準用する場合を含む。以下同じ。）に該当し，福祉用具貸与が必要と判断されましたので，確認を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　　　　名 |  |
| 住　　　　所 | 高知市 | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | □要支援1 □要支援２ □要介護１ □要介護２ □要介護３ □申請中（申請日　令和　　　年　　　月　　　日） | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年　　　　月　　　　日　　～　　令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 確認を必要とする  福祉用具及び  該当する状態 | □車いす 及び　車いす付属品 | □日常的に歩行が困難な者 | |
| 注：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 | |
| □特殊寝台　及び　特殊寝台付属品 | □日常的に起き上がりが困難な者 | |
| □日常的に寝返りが困難な者 | |
| □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 | |
| □認知症老人徘徊感知機器 | □意思の伝達，介護を行う者への反応，記憶又は理解に支障がある者 | |
| □移動において全介助を必要としない者 | |
| □移動用リフト　（つり具の部分を除く。） | □日常的に立ち上がりが困難な者 | |
| □移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 | |
| 注：生活環境において段差の解消が必要と認められる者 | |
| □自動排泄処理装置 | □排便が全介助を必要とする者  □移乗が全介助を必要とする者 | |
| 医師の  医学的所見 | □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，頻繁に利用者等告示第31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） | | |
| □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31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） | | |
| □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利用者等告示第31号のイ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） | | |
| 判断の基とした  医学的所見 | □主治医意見書  □医師の診断書  □介護支援専門員による聴取 | 傷病名 |  |
| 医 療 機 関 名 |  | 医師名 |  |
| サービス担当者会議 | 開催日  令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | 居宅サービス計画書 | 利用開始日  令和　 　　 年　　　　　月　　　　　日 |

　　　　　　　　 ※　注については，該当する基本調査結果がないため，主治医から得た情報，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指定居宅介護支援事業所が判断することとなります。尚，保険者への提出の必要はありません。

保険者確認欄　　　上記の理由に基づき，介護保険福祉用具貸与が【　　必要　　・　　不要　　】であると確認します。

　　　　　　　　　　なお，令和　　　年　　　月　　　日提供分より許可します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　高知市介護保険課長

確認番号