**軽度者に係る(介護予防)福祉用具貸与に関する確認申請書**

東広島市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の名称 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 所在地 |  |
| 電話番号 | （　　　　　）　　－ |
| サービス計画作成担当者氏名 |  |

次の事項について担当の居宅介護（介護予防）支援事業所から説明を受け、同意しました。

1. 居宅介護（介護予防）支援事業所が、私の福祉用具貸与の例外給付の確認申請を下記のとおり行うこと。
2. 確認結果通知を当該居宅介護（介護予防）支援事業所宛てに送付すること。
3. この申請にかかる確認のために必要があるときは、私の要介護認定または要支援認定の結果や心身の状態および疾病など必要な事項について、東広島市が調査すること。

|  |  |
| --- | --- |
| **本人同意欄** | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

下記により、福祉用具貸与費の例外給付に対する確認を願います。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １  | **被保険者** | （氏名） | (被保険者番号) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （要介護度）□要支援１　　□要支援２　　□要介護１　　□要介護２　　□要介護３ |
| （認定有効期間）　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |
| （届出区分）　　　　　　　新規貸与　　　　・　　　　継続貸与 |
| ２ | **福祉用具****貸与種目** | □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器□移動用リフト　　　　□自動排泄処理装置 |
| （福祉用具貸与事業所） |
| ３ | **医師の医学的な所見****（状態像）** | □ⅰ）疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態像に該当する。 |
| □ⅱ）疾病その他の原因により、状態像が急激に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる。 |
| □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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断される。 |
| ４ | **医学的な所見（状態像）を確認した方法** | □主治医意見書　　□医師の診断書　　□医師からの所見を聴取 |
| ５ | **医師への確認日** | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| ６ | **サービス担当者会議開催日** | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| ７ | **貸与開始日（貸与開始予定日）** | 令和　 　年　 　月　　　日 |

**添付書類**

**要介護分：①医学的な所見の確認書類②居宅サービス計画書(第1・2表)③サービス担当者会議の要点(第4表)**

**要支援分：①医学的な所見の確認書類②介護予防サービス・支援計画書③支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）**

**※サービス担当者会議の要点を別紙に記録した場合は別紙も添付のこと。**

**※総合的な援助の方針（要支援の場合は「健康状態について　主治医意見書、検診結果、監察結果を踏まえた留意**

**点」）の中に「医師の氏名」、「医師の所見」、「当該福祉用具貸与が特に必要な理由」、「聴取日時」、「聴取方法」**

**を必ず記載し、プランの中に位置づけてください。**

**※福祉用具貸与の例外給付についての検討内容（担当者に対する照会等により意見を求めた場合の照会内容・回答**

**内容を含む）を必ず記載してください。**