

軽度者に係る福祉用具貸与の確認申請書

年 月 日

(宛先) 旭川市長

(申請者) 事業所所在地 _____
 事業所名 _____
 担当者名 _____
 電話番号 () _____

次のとおり軽度者への福祉用具貸与が必要であると判断したので確認願います。

フリガナ				被保険者番号		
被保険者氏名				0	0	0
要介護度	要支援1・2 要介護1・2・3 申請中 (年 月 日申請)					
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
福祉用具の貸与種目 及び該当する状態像	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者				
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者				
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者				
	<input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者				
	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/> 意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ、移動において全介助を必要としない者				
	<input type="checkbox"/> 移動用リフト (つり具の部分を除く)	<input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者				
	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/> 排便に全介助を必要とし、かつ、移乗に全介助を必要とする者				
医師の医学的所見	<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によって、頻繁に上記の状態像に該当する者					
	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに上記の状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる者					
	<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の回避等医学的判断から上記の状態像に該当すると判断できる者					
	確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 医師の診断書等	担当医師				
	<input type="checkbox"/> 医師からの意見聴取	確認日		年 月 日		
サービス担当者会議	開催日	年 月 日				
	福祉用具貸与事業所					
貸与開始日	年 月 日 (<input type="checkbox"/> 新規利用 <input type="checkbox"/> 継続利用)					

※添付書類 (それぞれの写しを添付してください。添付書類は返却いたしません。)

- ①医学的所見を確認した書類……主治医意見書・医師の診断書・居宅(介護予防)サービス計画書 等
- ②ケアマネジメントの記録……サービス担当者会議の要点・介護予防支援経過記録 等

※旭川市記入欄

決定事項	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与を認める (年 月 日から)			<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与を認めない		
通知年月日	年 月 日		確認No.	- - - - -		
備考 (認めない理由)						