

軽度者に対する福祉用具貸与の確認  
 申請書  
 届出書

年 月 日

名寄市長

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

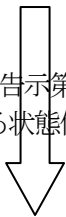
次のとおり軽度者への福祉用具貸与が必要であると判断したので届出ます。

フリガナ								被保険者番号							
被保険者氏名															
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"/> 認知症老人徘徊感知機器										
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品				<input type="checkbox"/> 移動リフト (つり具の部分を除く)										
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具				<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置										
	<input type="checkbox"/> 体位変換器														
貸与開始年月日 (予定)	年 月 日														

【福祉用具貸与が必要と判断した根拠 (医師の医学的所見の聴取記録)】

医療機関名			主治医名		
確認年月日	年 月 日				
疾病その他の原因					

第95号告示第25号のイで定める状態像により



第95号告示第25号のイで定める状態像に対応する項目には該当しないが	
例外給付の対象となる状態像	上記の疾病その他の原因により
	<input type="checkbox"/> 状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって頻繁に
	<input type="checkbox"/> 状態が急速に悪化し、短時間のうちに
	<input type="checkbox"/> 身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的判断から
下記の状態像に該当する	

該当する状態像	<input type="checkbox"/> 歩行が困難な者	<input type="checkbox"/> 日常生活範囲における移動の支援を必要とする者
	<input type="checkbox"/> 起き上がりが困難な者	<input type="checkbox"/> 寝返りが困難な者
	<input type="checkbox"/> 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者で、かつ、移動において全介助を必要としない者	
	<input type="checkbox"/> 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"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	<input type="checkbox"/> 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	
	<input type="checkbox"/> 排便が全介助を必要とする者	

【添付書類】

- ① 居宅サービス計画書または介護予防サービス支援計画書 (写)    ② サービス担当者会議の記録 (写)

※ 名寄市記入欄

課長	係長	主任・係

下記のとおり  決定 してよろしいか。  
 受理

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)				