

介護保険 福祉用具貸与の特例に関する調査票(那賀町)

調査日	令和 年 月 日	要介護度	支援1・支援2・介護1・その他
被保険者番号		性別	男・女
被保険者氏名	認定期間		年 月 日～ 年 月 日
被保険者住所	〒 那賀町 電話 - -		
利用者の状態像 (i～iiiに○をつけ、具体的状況は下記該当欄に○をつけること)	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、頻繁に下記に該当する者 ii 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに下記に該当するに至ることが確実に見込まれる者 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危篤化の回避等医学的判断から下記に該当すると判断できる者		
対象外種目	厚生労働大臣が定める者(厚生労働省令平成12年度第23号告示第19号)のイ		該当
ア 車イス及び車イス付属品	次のいずれかに該当する者		
	(一) 日常的に歩行が困難な者		
	(二) 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		
イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者		
	(一) 日常的に起き上がりが困難な者		
	(二) 日常的に寝返りが困難な者		
ウ 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		
エ 認知症老人徘徊探知機	次のいずれにも該当する者		
	(一) 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		
	(二) 移動において全介助を必要としない者		
オ 移動用リフト	次のいずれかに該当する者		
	(一) 日常的に立ち上がりが困難な者		
	(二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者		
	(三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者		
使用開始予定日	年 月 日 ・ 継続利用		

利用者の状態像 が表のi~iiiまで のいずれかに該 当する旨について の医師の所見	情報収集日: 令和 年 月 日		
	情報収集方法: 担当者会議・診療情報提供書・主治医意見書・その他()		

医療機関名		医師名	
福祉用具貸与が 特に必要な状況	サービス担当者会議実施日: 令和 年 月 日		

サービス担当者会議での可否	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否		
作成年月日及び作成者	作成年月日 令和 年 月 日		
	事業所名		
	担当者名		

※軽度者に関わる当該福祉用具が介護保険の給付対象となるためには、事前に保険者の確認が必要となります。
 ※この書類を2部作成し、1部は那賀町保健医療福祉課に提出し、1部は居宅(介護予防)サービス計画書と併せて保存してください。また、指定(介護予防)福祉用具貸与事業者より当該軽度者に係る情報について確認の依頼があったときには、利用者の同意を得て、この書類を交付することができます。

