

軽度者に対する福祉用具貸与（例外給付）届出書

志木市長寿応援課長 様

事業所所在地
事業所名
担当介護支援専門員

下記により、福祉用具が必要と判断しましたので、届出します。

1. 福祉用具貸与を予定している被保険者

被保険者名		被保険者番号	
住所	志木市		
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 [] <input type="checkbox"/> 要介護 []	認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日

2. 必要と判断したサービス

福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 車いす(電動含む) <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具部分を除く) <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く)
利用開始(予定)日	令和 年 月 日

3. 基本調査表に該当する状態(該当する状態にチェック)

福祉用具		状態像	基本調査	✓
ア	車いす 車いす付属品	(1) 日常的に歩行が困難な者	(1-7)	
		(2) 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	*4で記入	
イ	特殊寝台 特殊寝台付属品	(1) 日常的に起きあがりが困難な者	(1-4)	
		(2) 日常的に寝返りが困難な者	(1-3)	
ウ	床ずれ防止用具 体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	(1-3)	
エ	認知症老人 徘徊感知機器 ※該当の場合は、 (1)(2)両方の✓が必要です	(1) 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	(3-1)	
			(3-2)～(3-7)	
			(3-8)～(4-15)	
		(2) 移動において全介助を必要としない者	(2-2)	
オ	移動用リフト (つり具部分を除く)	(1) 日常的に立ち上がりが困難な者	(1-8)	
		(2) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	(2-1)	
		(3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	*4で記入	
カ	自動排泄処理装置 (尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く)	(1) 排便が全介助を必要とする者	(2-6)	
		(2) 移乗が全介助を必要とする者	(2-1)	

4. ア(2)およびオ(3)に該当する者の判断方法

主治医意見等	医師名		医療機関名	
	意見聴取	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他 []	
	疾病名・意見等			
サービス担当者会議	開催日	令和 年 月 日	開催場所	
	出席者の意見			