

軽度者に係る福祉用具貸与に関する確認提出書

1. 被保険者	被 保 険 者 番 号									
	住 所									
	氏 名									
	要 介 護 度 等	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3								
	認 定 有 効 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日								
2. 担当介護 支援専門員	所 属 事 業 所 名									
	計 画 作 成 担 当 者 氏 名									
3. 対象品目	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 車いす及び車いす付属品</td> <td style="width: 50%;">4. 認知症老人徘徊感知機器</td> </tr> <tr> <td>2. 特殊寝台及び特殊寝台付属品</td> <td>5. 移動用リフト</td> </tr> <tr> <td>3. 床ずれ防止用具及び体位変換器</td> <td>6. 自動排せつ処理装置</td> </tr> </table>				1. 車いす及び車いす付属品	4. 認知症老人徘徊感知機器	2. 特殊寝台及び特殊寝台付属品	5. 移動用リフト	3. 床ずれ防止用具及び体位変換器	6. 自動排せつ処理装置
1. 車いす及び車いす付属品	4. 認知症老人徘徊感知機器									
2. 特殊寝台及び特殊寝台付属品	5. 移動用リフト									
3. 床ずれ防止用具及び体位変換器	6. 自動排せつ処理装置									
4. 該当要件	<p>ア 認定調査の基本調査の直近の結果で介護報酬解釈通知にある例外的に貸与が認められる状態像にある。</p>									
	<p>イ 厚生労働大臣が定める者のイの「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」又は「生活環境において段差の解消が必要と認められる者である。</p>									
	<p>ウ 次の i) から iii) までのいずれかに該当する者である。</p> <p style="margin-left: 20px;">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に該当する者</p> <p style="margin-left: 20px;">ii) 疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、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も見込まれる者</p> <p style="margin-left: 20px;">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者</p>									
5. 貸 与 開 始 年 月 日	年 月 日 ~									
<p>小川町長 あて</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて軽度者に係る福祉用具貸与に関する確認提出書を提出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>申請者</p> <p style="display: flex; justify-content: space-between;"> 氏名 印 電話番号 </p>										