

軽度者の福祉用具貸与受付票

※認定の更新や区分変更のたびに改めて手続きが必要です。  
 ※特に、居宅介護事業所の変更やケアマネジャーの交代等があった場合は、確実な引継ぎを行ってください。

受付年月日	令和 年 月 日	貸与開始(予定)日	令和 年 月 日から
被保険者番号	000	被保険者氏名	
事業所名〔担当CM〕	【 包括・居宅 】 [ ]		
要介護度 〔本届出に係る有効期間〕	【 申請中・区分変更中・支援1・支援2・介1(介2・介3) 】 〔 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 〕 ※「原則、認定更新期間が終了する前日までに事前確認の承認を得ておく必要があります」		
届出履歴	【 新規・継続(前回提出日:平成・令和 年 月 日) 】		
福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 特殊寝台【 1M・2M・3M(理由: _____) 】 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品【 マットレス・サイドレール・ベッド手すり・テーブル スライディングボード、スライディングマット・キャスター・介助用ベルト 】 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具・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 ※要介護3までが軽度者扱い		
状態類型	※下記いずれかにレ印を記入のこと		
<input type="checkbox"/> i 状態の変化 ……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、頻繁に別記に該当する者 <input type="checkbox"/> ii 急性増悪 ……疾病その他の原因により状態が急速に悪化し、短期間のうちに別記に該当するに至ることが確実に見込まれる者 <input type="checkbox"/> iii 医師禁忌 ……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別記に該当すると判断できる者			
状態類型のいずれか、医師の医学的な所見に基づき判断されていることがわかる書類	※下記いずれかにレ印を記入のこと		
<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 医師の所見・必要とされる福祉用具の種類・医師の署名等が記載された書面 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点や介護予防支援経過記録に介護支援専門員が聴取した医師の所見を記載したもの			
サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより貸与が特に必要である旨が判断されていることがわかる書類	※要介護・要支援認定結果に応じて、下記いずれかにレ印を記入のこと		
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点 <input type="checkbox"/> 介護予防支援経過記録			
福祉用具サービス計画書	※平成25年4月1日届出分から必要		
<input type="checkbox"/> (介護予防貸与のみ)貸与期間の記載あり <input type="checkbox"/> 署名・捺印欄の記載あり ※空白のままでも可とするが、「承認の後、必ず『被保険者本人による自署』又は『代理人(家族等)の署名・捺印』により、同意が必要です」 <input type="checkbox"/> 貸与の候補となる機能や価格の異なる複数の福祉用具の提示を受けた記載あり ※記載なくとも可とするが、「『貸与の候補となる機能や価格の異なる複数の福祉用具の提示』が必要です」			
特記メモ			
受付担当(入力日)	(令和 年 月 日入力)		

※ 太線内のみ記入をお願いします