

# 軽度者に対する福祉用具貸与報告書

年 月 日

|                      |   |        |  |
|----------------------|---|--------|--|
| 被保険者氏名               |   | 被保険者番号 |  |
| 要介護度                 | <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   |        |  |
| 居宅介護支援事業所(介護予防支援事業所) | 地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所の名称:  |        |  |
|                      | 担当者:<br>連絡先:  |        |  |
| 基本調査の確認結果            | <input type="checkbox"/> 1 状態像(厚生労働大臣が定める者のイ)に該当しない<br><input type="checkbox"/> 2 状態像(厚生労働大臣が定める者のイ)に該当する<br><b>→※2に該当する場合、この報告書の提出は不要です。</b>   |        |  |
| 対象品目<br>(該当にチェック)    | <input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品  |        |  |
|                      | <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品  |        |  |
|                      | <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器   |        |  |
|                      | <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器  |        |  |
|                      | <input type="checkbox"/> 移動用リフト   |        |  |
|                      | <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引するものを除く)  |        |  |
| 福祉用具貸与が必要な理由         | <input type="checkbox"/> 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、頻繁に厚生労働大臣が定める者のイに該当する者<br><input type="checkbox"/> ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣が定める者のイに該当することが確実に見込まれる者<br><input type="checkbox"/> 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厚生労働大臣が定める者のイに該当すると判断できる者 |        |  |
| 医師への確認               | 医療機関名:  |        |  |
|                      | 医師名:  |        |  |
|                      | 医師への確認日:  |        |  |
| 添付書類                 | <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点の写し(4表)<br><input type="checkbox"/> 居宅(介護予防)サービス計画の写し(1表)  |        |  |

|           |         |
|-----------|---------|
| (鎌ヶ谷市記入欄) | 鎌ヶ谷市受付印 |
|           |         |