**福祉用具貸与確認申請書**

清水町長　様

事業所住所

事業所名　　　　　　　　　　　　　　(※)

作成者氏名

電話番号

下記の被保険者に対する（介護予防）福祉用具貸与について、保険給付の対象にしたいので申請します。

(※)氏名（法人にあっては、当該法人の名称及び代表者名）を自署しない場合は、押印が必要です。

＜対象者＞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 申請年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　　　所 | 清水町 | 電話番号 |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 認定区分 | □要支援１　　　□要支援２  □要介護１ | 認定有効期間 | 年　　月　　日から  　　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | |

＜貸与品目の内容等＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 貸与開始年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 福祉用具の種類 |  | 福祉用具の名称 |  |

＜被保険者の状態＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者の状態 | □ | 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貸与が必要な状態に該当する者  （例　パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象） |
| □ | ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具貸与の必要性が確実に見込まれる者  （例　がん末期の急速な状態悪化） |
| □ | 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貸与が必要と判断できる者  （例　ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避） |
| 疾病名等 |  | |
| サービス担当者会議等において福祉用具が必要と判断した理由 |  | |

＜添付書類＞

|  |  |
| --- | --- |
| 医師の医学的所見を記載した書類 | □　主治医意見書  □　診断書  □　担当介護支援専門員が医師に聴取した所見を記録した書類  （医療機関、医師名、確認日、確認の方法について必ず記載すること） |
| サービス担当者会議等の計画に関する書類 | □　居宅サービス計画書（第1表から第6表）  □　介護予防サービス・支援計画書 |