第１号様式

指定（介護予防）福祉用具貸与利用確認申請書

年　　　　月　　　　日

愛　川　町　長

（申請者）

住　所

氏　名（事業所名）

(担当者)

連絡先

次のとおり福祉用具貸与が特に必要ですので利用について確認申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 住　所 |  |
| 要介護状態区分 | 要支援１ 　 　 要支援２ 　 　要介護１　 　 要介護２　　 要介護３ |
| 認定有効期間 | 年 月 日　　　 ～　　 　 年 月 日 |
| 福祉用具の種目 | □車いす及び付属品　□特殊寝台及び付属品　□床ずれ防止用具□体位変換器　□認知症老人徘徊感知機器□移動用リフト（つり具の部分を除く）□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） |
| サービス担当者会議開催日 | 年 月 日 |
| 利用開始希望年月日 | 年 月 日 |
| 理　　由 | □　１．「要介護認定等基準時間の推計の方法」に定める調査票から厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果に該当するため。□　２．該当する基本調査結果がないため、サービス担当者会議などを通じた適切なケアマネジメントにより指定居宅介護支援事業所（指定介護予防支援事業者）が該当すると判断したため。□　３．疾病その他の原因により、医師の医学的な所見にて特に必要であると判断され、かつサービス担当者会議等を通じたケアマネジメントにより特に必要であると判断したため。□　４．その他、状態像から医学的な所見やサービス担当者会議等で特に必要と判断するため。（※この場合には、必要書類に合わせて福祉用具貸与を必要とする理由書（任意様式）を提出してください。） |

【添付書類】

|  |  |
| --- | --- |
| 〇理由１ | □指定（介護予防）福祉用具貸与利用確認申請書　（第１号様式） |
| 〇理由２ | □指定（介護予防）福祉用具貸与利用確認申請書　（第１号様式）□サービス担当者会議の要点　（第４表） |
| 〇理由３ | □指定（介護予防）福祉用具貸与利用確認申請書　（第１号様式）□居宅サービス計画　（第１表及び第２表）　または　介護予防サービス支援計画書□サービス担当者会議の要点　（第４表） |
| 〇理由４ | □指定（介護予防）福祉用具貸与利用確認申請書　（第１号様式）□居宅サービス計画　（第１表及び第２表）　または　介護予防サービス支援計画書□サービス担当者会議の要点　（第４表）□理由書　（任意様式）→指定居宅介護支援事業者や福祉用具専門相談員等により作成されたもの |

※利用開始希望日が申請日より前の場合、理由１・理由２であっても理由３と同じ添付書類を揃

えて提出してください。