

第1号様式（第4条関係）

郡山市介護保険軽度者に対する指定（介護予防）福祉用具貸与についての確認申請書

郡山市長

		申請日		年	月	日
申請者	氏名	住所または事業所名 〒		電話番号 ()		
被保険者	被保険者番号	被保険者氏名	生年月日		住所	
	要介護認定 支援1・支援2 介護1・介護2・介護3	認定期間 年 月 日～ 年 月 日	貸与（予定）開始日 年 月 日		疾病・傷病等	

福祉用具が必要となる要因

<input type="checkbox"/>	状態が変動しやすく、日又は時間帯によって、頻繁に下記の状態に該当する
<input type="checkbox"/>	状態が急速に悪化し、短期間のうちに、下記の状態に至ることが確実に見込まれる
<input type="checkbox"/>	身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等、医学的判断から下記の状態に該当する

必要な福祉用具及び該当する利用者の状態像

<input type="checkbox"/> 特殊寝台	<input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難
<input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品		
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難	
<input type="checkbox"/> 体位変換器		
<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/>	意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動に全介助を必要としない
<input type="checkbox"/> 移動用リフト	<input type="checkbox"/>	日常的に立ち上がりが困難 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 (要支援1～要介護3で ある者を軽度者とする)	<input type="checkbox"/>	排便が全介助を必要とし、かつ移乗も全介助を必要とする

※該当する項目に☑印を付けてください。

※居宅サービス計画書、サービス担当者会議の要点、居宅介護支援経過、および医師の医学的な所見が記載された書類を添付してください。

※医師の医学的な所見・サービス担当者会議の結果に基づいて記入してください。

保険者	確認日	年 月 日
	確認者氏名	