特殊寝台及び特殊寝台付属品貸与申請書（新規・更新）（給付第１号）

提出日：　　年　　月　　日

居宅介護支援事業所名 介護支援専門員名	TEL　-　-	貸与事業所名	
被保険者番号	００００		
被保険者 住所・氏名	（　　年　　月　　日生）		
要介護度等	□要支援１　□要支援２　□要介護１		
認定有効期間	年　月　日～　年　月　日		
認定日	年　月　日		

☆　次回提出日は、認定更新時・区分変更認定時・その他必要に応じて随時（状態変化時等）です

〔市記入欄〕

確認品目	厚生労働大臣が定める者のイ、ウに該当する基本調査の結果
提出書類	□①主治医意見書 □②医師の診断書 □③居宅ｻｰﾋﾞｽ計画又は介護予防ｻｰﾋﾞｽ計画に記載する医師の所見 □④ｻｰﾋﾞｽ担当者会議会議録 ※①、②、③のいずれかの書類と④の書類の写し
特殊寝台及び特殊寝台付属品	（従来までの基準） *※基本調査の結果により判断* □基本調査１－４（起き上がり）が「３．できない」 □基本調査１－３（寝返り）が「３．できない」
	（平成19年度からの例外条件） *※例外給付なので、上記提出書類により判断* □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が必要な状態に該当する者。 □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が必要な状態になることが確実に見込まれる者。 □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が必要な状態に該当すると判断できる者。

貸与判定

□貸与承認　□貸与不承認　　理由（　　）

伺　上記のとおり福祉用具貸与決定を行ってよろしいか。

課長	参事	担当長	担当員

決裁日	

床ずれ防止用具及び体位変換器貸与申請書(新規・更新)

（給付第１号）

提出日：　　年　　月　　日

居宅介護支援事業所名 介護支援専門員名		貸与事業所名	
被保険者番号	００００		
被保険者 住所・氏名	（　　年　　月　　日生）		
要介護度等	□要支援１　□要支援２　□要介護１		
認定有効期間	年　月　日～　年　月　日		
認定日	年　月　日		

☆次回提出日は、認定更新時・区分変更認定時・その他必要に応じて随時（状態変化時等）です

（市記入欄）

確認品目	厚生労働大臣が定める者のイ、ウに該当する基本調査の結果
提出書類	□①主治医意見書 □②医師の診断書 □③居宅ｻｰﾋﾞｽ計画又は介護予防ｻｰﾋﾞｽ計画に記載する医師の所見 □④ｻｰﾋﾞｽ担当者会議会議録 ※①、②、③のいずれかの書類と④の書類の写し
床ずれ防止用具及び体位変換器	（従来までの基準） *※基本調査の結果により判断* □基本調査１－３（寝返り）が「３．できない」
	（平成 19 年度からの例外条件） *※例外給付なので、上記提出書類により判断* □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が必要な状態に該当する者。 □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が必要な状態になることが確実に見込まれる者。 □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が必要な状態に該当すると判断できる者。

貸与判定

□貸与承認　□貸与不承認　　理由（　　）

伺　上記のとおり福祉用具貸与決定を行ってよろしいか。

課長	参事	担当長	担当員

決裁日	

移動用リフト貸与申請書（新規・更新）

（給付第１号）

提出日：　　年　　月　　日

居宅介護支援事業所名 介護支援専門員名		貸与事業所名	
被保険者番号	００００		
被保険者 住所・氏名	（　　年　　月　　日生）		
要介護度等	□要支援１　□要支援２　□要介護１		
認定有効期間	年　　月　　日～　　年　　月　　日		
認定日	年　　月　　日		

☆次回提出日は、認定更新時・区分変更認定時・その他必要に応じて随時（状態変化時等）です

（市記入欄）

確認品目	厚生労働大臣が定める者のイ、ウに該当する基本調査の結果
提出書類	□①主治医意見書 □②医師の診断書 □③居宅ｻｰﾋﾞｽ計画又は介護予防ｻｰﾋﾞｽ計画に記載する医師の所見 □④ｻｰﾋﾞｽ担当者会議会議録 ※①、②、③のいずれかの書類と④の書類の写し
移動用リフト (つり具部分除く)	（従来までの基準） *※基本調査の結果により判断* □基本調査１－８（立ち上がり）が「３．できない」 □基本調査２－１（移乗）が「３．一部介助」又は「４．全介助」 □生活環境において段差の解消が必要と認められる者
	（平成 19 年度からの例外条件） *※例外給付なので、上記提出書類により判断* □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が必要な状態に該当する者。 □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が必要な状態になることが確実に見込まれる者。 □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が必要な状態に該当すると判断できる者。

貸与判定

□貸与承認　□貸与不承認　　理由（　　）

伺　上記のとおり福祉用具貸与決定を行ってよろしいか。

課長	参事	担当長	担当員

決裁日	

認知症老人徘徊感知機器貸与申請書（新規・更新）

（給付第１号）

提出日：　　年　　月　　日

居宅介護支援事業所名 介護支援専門員名		貸与事業所名	
被保険者番号	００００		
被保険者 住所・氏名	（　　年　　月　　日生）		
要介護度等	□要支援１　□要支援２　□要介護１		
認定有効期間	年　月　日～　年　月　日		
認定日	年　月　日		

☆次回提出日は、認定更新時・区分変更認定時・その他必要に応じて随時（状態変化時等）です

（市記入欄）

確認品目	厚生労働大臣が定める者のイ、ウに該当する基本調査の結果
提出書類	□①主治医意見書 □②医師の診断書 □③居宅ｻｰﾋﾞｽ計画又は介護予防ｻｰﾋﾞｽ計画に記載する医師の所見 □④ｻｰﾋﾞｽ担当者会議会議録 ※①、②、③のいずれかの書類と④の書類の写し
認知症老人徘徊感知機器	（従来までの基準） *※基本調査の結果により判断* □基本調査３－１「１．調査対象者が意見を他者に伝達できる」以外 □基本調査３－２～３－７のいずれか　「２．できない」 □基本調査３－８～４－１５のいずれか　「１．ない」以外 □主治医意見書において、認知症状がある旨が記載されている □基本調査２－２　「４．全介助」以外
	（平成 19 年度からの例外条件） *※例外給付なので、上記提出書類により判断* □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が必要な状態に該当する者。 □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が必要な状態になることが確実に見込まれる者。 □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が必要な状態に該当すると判断できる者。

貸与判定

□貸与承認　□貸与不承認　　理由（　　）

伺　上記のとおり福祉用具貸与決定を行ってよろしいか。

課長	参事	担当長	担当員

決裁日	

自　動　排　泄　処　理　装　置　（　新　規　・　更　新　）　（給付第１号）

提出日：　　年　　月　　日

居宅介護支援事業所名 介護支援専門員名		貸与事業所名	
被保険者番号	００００		
被保険者 住所・氏名	（　　年　　月　　日生）		
要介護度等	□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		
認定日	年　　月　　日		

☆次回提出日は、認定更新時・区分変更認定時・その他必要に応じて随時（状態変化時等）です

（市記入欄）

確認品目	厚生労働大臣が定める者のイ、ウに該当する基本調査の結果
提出書類	□①主治医意見書 □②医師の診断書 □③居宅ｻｰﾋﾞｽ計画又は介護予防ｻｰﾋﾞｽ計画に記載する医師の所見 □④ｻｰﾋﾞｽ担当者会議会議録 ※①、②、③のいずれかの書類と④の書類の写し
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）	（従来までの基準） *※基本調査の結果により判断* □基本調査２－６　「４．全介助」 □基本調査２－１　「４．全介助」
	（平成 19 年度からの例外条件） *※例外給付なので、上記提出書類により判断* □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が必要な状態に該当する者。 □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が必要な状態になることが確実に見込まれる者。 □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が必要な状態に該当すると判断できる者。

貸与判定

□貸与承認　□貸与不承認　　理由（　　）

伺　上記のとおり福祉用具貸与決定を行ってよろしいか。

課長	参事	担当長	担当員

決裁日	