

様式（第6関係）

第2項軽度者に対する福祉用具（対象外種目）貸与確認申請書

新規・継続
受付印

年 月 日

阿 南 市 長 殿

指定居宅介護支援事業者（指定介護予防支援事業者）
住 所
名 称
代表者又は管理者の職及び氏名

電 話
介護支援専門員（担当職員）
氏 名

下記の第2項軽度者について、厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（平成24年厚生労働省告示第95号。以下「第95号告示」という。）第25号に該当する者であることの確認をお願いします。

記

1 第2項軽度者

氏 名		被保険者番号	
住 所			
生年月日	明・大・昭 年 月 日生（ 歳）		
要介護状態区分等	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1		
認定有効期間	年 月 日～	年 月 日	認定調査日 年 月 日

2 第2項軽度者に対し例外的に貸与する必要のある福祉用具の対象外種目

☐車椅子（☐自走用標準型車椅子 ☐普通型電動車椅子 ☐介助用標準型車椅子）
☐車椅子附属品（☐クッション又はマット ☐電動補助装置 ☐テーブル ☐ブレーキ ☐その他）
☐特殊寝台（☐背部又は脚部の傾斜角度が調整できる機能を有するもの ☐床板の高さが無段階に調整できる機能を有するもの）
☐特殊寝台附属品（☐サイドレール ☐マットレス ☐ベッド用手すり ☐テーブル ☐スライディングボード・スライディングマット ☐その他）
☐床ずれ防止用具（☐送風装置又は空気圧調整装置を備えた空気マット ☐水等によって減圧による体圧分散効果を持つ全身用のマット）
☐体位変換器
☐認知症老人徘徊感知機器
☐移動用リフト（つり具部分を除く。）（☐床走行式 ☐固定式 ☐据置式）
☐自動排泄処理装置

3 医師の医学的な所見

(1) 医療機関名及び主治の医師の氏名

(2) 確認した医師の医学的な所見の内容

--

(3) (2)の確認方法等

ア 確認方法 ☐主治医意見書による確認 ☐医師の診断書による確認 ☐担当の介護支援専門員等が聴取した居宅サービス計画等に記載する医師の所見による確認

イ 確認日 年 月 日

ウ 医師の医学的な所見の該当項目（該当項目にレ点を記載するものとする。）

- ☐ 傷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、頻繁に第95号告示第25号（別表第2）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、短期間のうちに第95号告示第25号（別表第2）に該当す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第95号告示第25号（別表第2）に該当すると判断できる者

4 ケアマネジメントの内容

(1) サービス担当者会議等

ア 開催日 年 月 日

イ 参加者

ウ 内容

(2) ケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要であると判断した内容（理由等）

--