

福祉用具貸与の特例給付算定協議書

年 月 日

大口町長寿ふくし課長 様

福祉用具貸与の特例給付算定について、下記のとおり協議をお願いします。

居宅介護支援事業所名	
担当介護支援専門員名	
地域包括支援センター確認欄 (要支援認定者の場合)	

＜ 基本情報 ＞

被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0	氏 名	
住 所	大口町	生年月日	
要介護度	要支援1・2 要介護1	認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日

＜ 貸与を必要とする福祉用具の種目 ＞(該当に○)

1. 車いす	2. 車いす付属品	3. 特殊寝台	4. 特殊寝台付属品	5. その他()
--------	-----------	---------	------------	-----------

※貸与対象品目のパンフレット・介護支援計画書等を添付してください。

＜ 身体的状況 ＞

日常生活自立度	障害自立度	認知自立度
麻 痺	無・有(部位:)	
筋力低下	軽度・中度・重度	
寝 返 り	できる・つかまればできる・できない	
起き上がり	できる・つかまればできる・できない	
立ち上がり	できる・つかまればできる・できない	
歩 行	できる・つかまればできる・できない	
排 泄	自立・見守り等・一部介助・全介助	

＜ 福祉用具が必要な理由 ＞

病歴等	既往歴	現疾患
現在の日常生活		
福祉用具貸与により、利用者等は日常生活をどう変えたいか。		

特例給付の対象とすべき事案区分(該当に○)

	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によって、頻回に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者 (例:リウマチ・パーキンソン等により変動がある)
	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 (例:末期がん等の急速な状態悪化がある)
	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 (例:慢性気管支炎・ぜんそく発作等による呼吸不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避等)

介護支援専門員より、福祉用具特例給付算定に関することの説明を受けました。また、福祉用具特例給付算定の確認のために必要があるときは、私の要介護度や心身の状況、疾病等の必要な事項について調査することに同意しました。

本人 同意欄	印
-----------	---