

焼津市指定（介護予防）福祉用具貸与理由届出書

令和 年 月 日

指定居宅介護支援（指定介護予防支援）事業所名

管理者名 印

(委託先 居宅介護支援事業所)

担当者名 印

（あて先）焼津市長

下記利用者の居宅（介護予防）サービス計画書に指定（介護予防）福祉用具貸与を位置付けることについて、以下のとおり届け出ます。

|           |                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |       |  |          |  |  |         |           |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|-------|--|----------|--|--|---------|-----------|
| 被保険者番号    | 0                                                                                                                                                                                                                 | 0 | 0 | 0 | 0 |       |  |          |  |  | 被保険者氏名  |           |
| 住 所       |                                                                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |       |  |          |  |  | 生 年 月 日 | 年 月 日（ 歳） |
| 要 介 護 度 等 | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 |   |   |   |   |       |  |          |  |  |         |           |
| 認定有効期間    | 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |       |  |          |  |  |         |           |
| 認定調査実施日   | 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   | 認 定 日 |  | 令和 年 月 日 |  |  |         |           |

（届出内容）

|                       |                |                                    |                                 |                                                                                                            |  |
|-----------------------|----------------|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 例<br>外<br>貸<br>与      | □新規<br><br>□更新 | 申 請 理 由                            |                                 | □同一品目2台 □その他（ ）                                                                                            |  |
|                       |                | 貸 与 品 名<br>※カタログ添付                 |                                 | □車椅子 □特殊寝台 □床ずれ防止用具 □体位変換器 □手すり<br>□スロープ □歩行器 □つえ □認知症老人徘徊感知器<br>□移動用リフト □自動排泄処理機 ※各付属品含む                  |  |
|                       |                | 貸 与 必 要 理 由<br>複数貸与の場合、兼用できない理由を記載 |                                 |                                                                                                            |  |
| 軽<br>度<br>者<br>貸<br>与 | □新規<br><br>□更新 | 貸 与 品 名                            |                                 | □車いす及び付属品 □特殊寝台及び付属品 □床ずれ防止用具及び体位変換器<br>□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）<br>□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） |  |
|                       |                | 主<br>治<br>医<br>意<br>見              | 文 書                             | 令和 年 月 日                                                                                                   |  |
|                       |                |                                    | 原 因 疾 病                         |                                                                                                            |  |
|                       |                |                                    | 主 治 医                           | *意見書添付<br>医療機関名（ ）<br>主治医名（ ）                                                                              |  |
|                       |                | 会<br>議                             | 開 催 日                           | 令和 年 月 日                                                                                                   |  |
|                       |                |                                    | サ<br>ー<br>ビ<br>ス<br>担<br>当<br>者 | 作成者意見・理由<br>（主治医から得た<br>報やサービス担当<br>会議等の結果を踏<br>えた）                                                        |  |
|                       |                | 添 付 書 類                            |                                 | □アセスメントシート □居宅介護（介護予防）サービス計画書（1表・2表）<br>□サービス担当者会議の要点 □主治医意見書 □福祉用具貸与計画                                    |  |

<焼津市記入欄>

|     |          |          |       |        |              |
|-----|----------|----------|-------|--------|--------------|
| 確認日 | 令和 年 月 日 | 福祉用具貸与利用 | 可 ・ 否 | 承認有効期間 | 確認日～令和 年 月 日 |
| 備考  |          |          |       |        |              |

#### 【共通注意事項】

- 1 介護予防支援業務の一部を指定居宅介護支援事業所に委託している場合で、指定居宅介護支援事業所が本届出書を焼津市に提出する場合は、指定介護予防支援事業所の確認を経てから提出してください。
- 2 本届出書は、認定の更新又は要支援・要介護状態区分の変更があった場合、アセスメントシート・居宅介護（介護予防）サービス計画書（1表・2表）・サービス担当者会議の要点・主治医意見書（軽度者貸与のみ）・福祉用具貸与計画とともに焼津市に提出が必要です。また、主治医意見書については、貸与理由の原因疾病を担当している医師から意見書をもらうようにしてください。
- 3 本届出書は、焼津市長あてに提出し、その写しをサービス担当者会議の記録とともに、指定居宅介護（介護予防）支援事業所において保管してください。
- 4 本届出により、貸与前に保険者である焼津市の許可を得てください。  
新規申請中や区分変更申請中等、介護度が決定する前に暫定プランで福祉用具を利用する場合、本人の状態を精査して必要に応じて焼津市へ提出してください。なお、必要と判断した本人の状態についてはアセスメントシートやサービス担当者会議の要点に記録として残すようにしてください。また、認定調査時の主治医意見書に「疾病と福祉用具が必要な状態、貸与品目及び可否」が記載されている場合、意見書の提出は省略できます。  
※軽度者としての届出書の提出がなく暫定プランにて福祉用具を利用し、介護度が想定より軽い結果となった場合は、保険給付を認めないことがあります。
- 5 認定の更新・要介護状態区分の変更によらず、居宅介護支援事業所や担当介護支援専門員の交代等があった場合で、適正な引き継ぎ等がなされている場合は、焼津市指定（介護予防）福祉用具貸与理由届出書を改めて提出いただく必要はありません。
- 6 貸与承認開始日は確認日となります。また、認定有効期間が長期になっているため、状態によっては貸与期間を居宅介護（介護予防）サービス計画書の次の見直しまで等と認定期間の満期間を認めない場合があります。そのため、貸与の承認有効期間に注意してください。

#### 【例外貸与注意事項】

例外貸与の届出は、同一品目の2台貸与が必要な場合や居宅以外で貸与が必要とする場合、またはテクノエイド協会の貸与登録がない品目等の貸与を希望する場合に提出してください。

なお、同一品目2台貸与の届出は、車椅子・特殊寝台・歩行器など、通常1台で充足する品を2台貸与する場合に必要となります。そのため、手すり・スロープ・左右に持って使用する杖などは除きます。

#### 【軽度者貸与注意事項】

軽度者の貸与は下記症例等に該当する場合、一定の条件及び手続（医師の医学的な所見等）により判断します。また、その場合、疾病その他の原因と福祉用具が必要な状態の因果関係が明確に位置づけられている必要性があり、必要性がサービス担当者会議等の書類で確認できるようにして下さい。なお、「加齢による下肢筋力低下など」は、軽度者貸与の対象外となっています。本人の身体状況でどうしても必要な理由や状況を詳細に記載してください。

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>i) 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、頻繁に利用者等告示第31号のイに該当する者<br/>(例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象 等)</p> <p>ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期のうちに利用者等告示第31号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者<br/>(例：がん末期の急速な状態悪化 等)</p> <p>iii) 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利用者等告示第31号のイに該当すると判断できる者<br/>(例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避 等)</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- ・デイサービスや通院などで使用するという理由は、通常施設で備えるものであるため、許可できません。
- ・床ずれ防止用具を借りたい場合、特殊寝台を申請しなくても届出可能です。（使用したい種目だけチェックしてください。）
- ・認知症状のある方への電動車椅子の貸与は基本的には許可できません。それでも、貸与を希望する場合は、理由・利用場所・認知症状の状態などを含め、特に貸与が必要な理由と貸与可能と判断した根拠をサービス担当者会議で協議の上、貸与理由届を提出下さい。