**軽度者への福祉用具貸与についての協議書**

（あて先）本庄市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申出者 | 事業所名 |  | 所在地 |  |
| 担当者名 |  | 電話番号 |  |

下記の被保険者について、医師の意見（医学的な所見）に基づき状態像が判断され、かつサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントの結果、福祉用具貸与が特に必要と判断しましたので協議を依頼します。

１．被保険者情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 | ００００ |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　　歳） | 電話番号 |  |
| 要介護度 | 要支援１・要支援２・要介護１・要介護２・要介護３・認定申請中（　　　　年　　月　　日） | | |
| 認定有効期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | |

２．必要と判断した福祉用具（対象品目に○をつけてください。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 車いす | |  | 車いす付属品 |  | 特殊寝台 |
|  | 特殊寝台付属品 | |  | 床ずれ防止用具 |  | 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。） | | |
|  | 自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引するものを除く。） | | | | | |
| 利用開始予定 | | 年　　　月　　　日　　開始　・　継続利用 | | | | |

３．医師の医学的所見・サービス担当者会議の開催状況等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医師の医学的所見  ※**いずれか**にチェック | 主治医名 |  |
| 医療機関名 |  |
| 確認方法 | □主治医意見書　 　□医学的所見書　　 □医学的所見聴取確認書  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| サービス担当者会議の開催状況  ※該当するものにチェック | 開催日 | 年　　　月　　　日 |
| 出席者 | □本人　　□家族、同居人　　□主治医　　□福祉用具相談員  □サービス提供事業者（サービス種別：　　　　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 福祉用具が必要な理由 | （医師の医学的な所見を踏まえ、対象者の状態等について具体的に記載し、福祉用具貸与の必要性を記載してください。） | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

**※軽度者に対し当該福祉用具貸与を算定する場合は、必ず利用開始前に協議書等を提出してください。**

**※提出書類： ①協議書 ②医学的な所見の確認書類　③サービス担当者会議の要点の写し**

**④居宅サービス計画書（第1表、第2表）、又は介護予防サービス・支援計画表の写し**