軽度者の介護保険の移動用リフト貸与に係る状況票兼申請書 （ 新規 ・継続 ）

＊新規利用者の場合は想定してご記入ください　　【様式3】

氏名と住所	氏名		住所	甲賀市
被保険者番号と介護度	番号		要介護状態区分（前回区分）	（　　）
認定有効期間				
障がい老人および認知症である老人の日常生活自立度　＊ 該当するものに〇をつけてください	障がい老人の日常生活自立度	自立・Ｊ－１・Ｊ－２ Ａ－１・Ａ－２・Ｂ-1 Ｂ-２・Ｃ-１・Ｃ-２	認知症である老人の日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ Ⅲｂ・Ⅳ
主治医への確認	主治医への確認 ＊該当するものに〇をつけてください。	１．確認済　（確認日：　　年　　月　　日） 主治医名（　　）先生 ２．確認未		
主治医からの指示事項				
Ａ：生活環境において段差の解消が特に必要と思われる内容				
Ｂ：基本調査の直近の結果において、１－８「３．できない」、２－１「３．一部介助」または「４．全介助」に該当しておらず、上記Ａにも該当していない場合で、医師の医学的所見に基づきｉ）～ⅲ）のいずれかに該当すると判断されている場合	（下記ｉ～ⅲのうち、該当するものに〇をつけてください） 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 ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第31号のイに該当することが確実に見込まれる者 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			
記入年月日	年　　月　　日			
記入者の所属事業所と氏名				

【添付書類】
フェースシート（利用者の全体像が分かるもの）、居宅サービス計画書（支援計画書）の（1）～（3）及びサービス利用票・別表の原案・サービス担当者会議の結果記録表

R4.1～