

|     |
|-----|
| 受付印 |
|     |

|                |
|----------------|
| 申請者の氏名及び被保険者番号 |
|----------------|

## 福祉用具購入申請チェックリスト（申請時提出用）

|      |      |
|------|------|
| 事業所名 | 担当者名 |
|------|------|

### <居宅介護支援事業所/予防支援事業所>

1. サービス担当者会議録等の記載内容について ※確認のみ（提出不要）

確認済→

①身体状況への適合があるか

- ・サービス担当者会議において、当該福祉用具が必要となる個人因子（原因傷病等、それに起因する身体状況や心身の状況等）の情報共有を行ったか

②住環境等への適合があるか

- ・サービス担当者会議において、環境的要因（住環境や家族の状況等）の情報共有を行ったか

③当該福祉用具の使用が自立の阻害をしていないか

- ・当該利用者についてリハ職の関りがあるか、ある場合は意見を聴取しているか
- ・必要に応じ、主治医の意見を聴取しているか

④サービス担当者会議での検討

- ・サービス担当者会議において、事前に照会もしくは会議内で出された主治医やPT等の意見を共有し、会議録にも記載しているか
- ・当該利用者に関わるチームとしての意見が出されているか、またその記録があるか

⑤試用状況の確認をしているか

- ・試用の状況を十分に確認しているか、その記録があるか
- ※担当後に確認した場合は、支援経過記録に記載があるか。

2. 申請書への記入について

確認済→

①「居宅介護支援事業所等確認欄」への記入があるか

②専門相談員等意見欄及び裏面：特定福祉用具販売の提供が必要な理由の詳細

- ・自ら記入した場合に漏れなどはないか、適切であるか
- ・販売事業者が記入した場合に漏れなどはないか、適切であるか

チェック後、居宅介護支援事業所もしくは予防支援事業所の担当者は、ケアプランに本チェックリストを添付の上福祉用具事業所に渡してください。地域包括支援センター及びケアプランの作成がない場合は、ケアプラン等の添付は不要です。



|      |      |
|------|------|
| 事業所名 | 担当者名 |
|------|------|

### <福祉用具事業所>

1. 必要な書類の有無 について

ある→

① 福祉用具購入費支給申請書（給付券利用または償還払い用）

② 見積書（原本）

③ 商品パンフレットの写し

④ ケアプラン（第1～3表、もしくは介護予防サービス計画）

※担当CMがあり、ケアプランが作成されている場合

⑤ 本チェックリスト

2. 記載内容について

確認済→

①について：福祉用具が必要な理由が明確に記載されているか、またサービス担当者会議録との整合性があるか

（専門相談員等意見欄及び裏面：特定福祉用具販売の提供が必要な理由の詳細）

：福祉用具を使用することで改善が予想される生活動作の記載があるか   
（期待される効果）