

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認申請書

年 月 日

中芸広域連合長 様

福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）の例外給付に係る確認を受けたいので、次のとおり申請します。

居宅介護支援事業所

担当介護支援専門員

(TEL)

被保険者番号	被保険者氏名	利用用具名	介護度	認定期間
		<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	<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	年 月 日～ 年 月 日

① 保険給付の対象とする理由（該当する箇所にチェックを入れて下さい）

- ☐ 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三十一号のイに該当する者（例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象）
- ☐ 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三十一号のイに該当すると見込まれる者（例 がん末期の急速な状態悪化）
- ☐ 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三十一号のイに該当すると判断できる者（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）

② 添付書類

- ☐ 居宅（介護予防）サービス計画
- ☐ サービス担当者会議の記録
- ☐ 医師の所見を確認できる書類（主治医意見書、医師の診断書、主治医照会票等）

※ケアプランの、福祉用具貸与を必要と判断したことを記載した部分にラインマーカーで色付けをお願いします。

（※注）及び基本調査結果が下記の場合、提出不要です。

確認を必要とする福祉用具 及び 該当する状態像	<input type="checkbox"/>	車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/>	日常的に歩行が困難な者	基本調査1-7：歩行「3できない」
			(※注) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者		
	<input type="checkbox"/>	特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/>	日常的に起き上がりが困難な者	基本調査1-4：起き上がり「3できない」
			<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3：寝返り「3できない」
	<input type="checkbox"/>	床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3：寝返り「3できない」
	<input type="checkbox"/>	体位変換器	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3：寝返り「3できない」
	<input type="checkbox"/>	認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/>	意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がありかつ移動において全介助を必要としない者	基本調査3-1：意思の伝達「1伝達できる」以外又は3-2～7：理解・記憶のいずれか「2できない」又は3-8～4-15：行動障害等のいずれか「1ない」以外その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。
	<input type="checkbox"/>	移動用リフト (つり具の部分を除く)	<input type="checkbox"/>	日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査1-8：立ち上がり「3できない」
			<input type="checkbox"/>	移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	基本調査2-1：移乗「3一部介助」又は「4全介助」
			(※注) 生活環境において段差解消が必要と認められる者		
<input type="checkbox"/>	自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/>	排便が全介助を必要とする者	基本調査2-6：排便「4全介助」かつ	
		<input type="checkbox"/>	移乗が全介助を必要とする者	基本調査2-1：移乗「4全介助」	

（※注）については、該当する基本調査がないため、主治医から得た情報及び福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能な者が参加するサービス担当者会等を通じた適切なケアマネジメントにより指定介護予防支援事業者・指定居宅介護支援事業者が判断。主治医に確認した書類を記録・保管してください。