

軽度者に対する福祉用具貸与費の例外給付の確認依頼申請書

年 月 日

岩倉市長様

事業所名 \_\_\_\_\_  
 事業所所在地(〒 \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
 事業所管理者名 \_\_\_\_\_  
 担当ケアマネジャー氏名 \_\_\_\_\_  
 電話番号( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

下記により、福祉用具貸与費の例外給付の確認をお願いします。

1 貸与を予定している被保険者 該当する□にレ点を記入

ふりがな 氏名		被保険者番号	
住所	〒 _____		
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 . . )		
認定有効期間	_____年 _____月 _____日～ _____年 _____月 _____日		

2 貸与を必要とする福祉用具

福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <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"/> 移動用リフト(つり具部分を除く)		
利用(貸与)開始予定日	_____年 _____月 _____日～		
(介護予防)福祉用具貸与事業所	事業所名		
	事業所番号	電話番号	( _____ ) _____

3 医師の意見(医学的な所見)

福祉用具を必要とする理由	<input type="checkbox"/> (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、頻繁に裏面《表1》の状態像に該当する者。		
	<input type="checkbox"/> (Ⅱ) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに裏面《表1》の状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる者。		
	<input type="checkbox"/> (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裏面《表1》の状態像に該当すると判断できる者。		
医療機関名等	医療機関名	電話番号	( _____ ) _____
	担当医師名	所見確認日	_____年 _____月 _____日

4 特に必要と判断した理由(ケアマネジメント結果)

サービス担当者会議開催日( _____年 _____月 _____日)
-------------------------------------

- 添付書類: ①居宅(介護予防)サービス計画書  
 ②サービス担当者会議の記録  
 ③医学的な所見が明確に判別できる書類(写)(主治医意見書、主治医連絡表、診断書等)

《表1》

対象外種目	状態像	基本調査の結果
ア 車いす及び車いす付属品 (右のいずれかに該当する者)	(1) 日常的に歩行が困難な者	基本調査 1-7(歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印) 「3. できない」にチェックがある場合
	(2) 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	※
イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品 (右のいずれかに該当する者)	(1) 日常的に起き上がりが困難な者	基本調査 1-4(起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印) 「3. できない」にチェックがある場合
	(2) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1-3(寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印) 「3. できない」にチェックがある場合
ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1-3(寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印) 「3. できない」にチェックがある場合
エ 認知症老人徘徊感知機器 (右のいずれかに該当する者)	(1) 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 (2) 移動において全介助を必要としない者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基本調査 2-2 (移動について、あてはまる番号に一つだけ○印) 「4. 全介助」以外にチェックがある場合</li> <li>・基本調査 3-1 (意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印) 「1. できる」以外にチェックがある場合</li> <li>・基本調査 3-2～3-7 (あてはまる番号に一つだけ○印) 「2. できない」いずれかにチェックがある場合</li> <li>・基本調査 3-8～4-15 (あてはまる番号に一つだけ○印) 「1. ない」以外</li> <li>・その他、主治医意見書により、認知症状のある旨が記入されている場合</li> </ul>
オ 移動用リフト(つり具の部分を除く) (右のいずれかに該当する者)	(1) 日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査 1-8(立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印) 「3. できない」にチェックがある場合
	(2) 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(移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印) 「3. 一部介助」又は「4. 全介助」にチェックがある場合
	(3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	※

※アの(2)及びオの(3)については、該当する認定調査結果がないため、主治医から得た情報及び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によりケアマネジャー等が判断する。