

## 軽度者に係る福祉用具貸与費の例外給付確認申請書

|  |   |        |        |         |         |
|--|---|--------|--------|---------|---------|
| フリガナ   |   |        | 被保険者番号 |         |         |
| 被保険者氏名   |   |        | 生年月日   | 年       | 月 日     |
| 住所   |   |        |        | 電話番号    |         |
| 要介護状態区分  |   | 認定有効期間 | 年      | 月 日     | ～ 年 月 日 |
| 貸与品目   | <input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器<br><input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く) <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置(交換可能部品を除く) |        |        |         |         |
| <p>&lt;申請理由&gt;</p> <p><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95号告示第二十五号のイに該当する者</p> <p><input type="checkbox"/> ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに95号告示第二十五号のイに該当することが確実に見込まれる者</p> <p><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95号告示第二十五号のイに該当すると判断できる者</p> <p>&lt;主治医への確認方法&gt; <input type="checkbox"/> 軽度者に対する介護保険福祉用具貸与にかかる医学的所見について(様式第1号)</p> <p><input type="checkbox"/> 主治医意見書による確認    <input type="checkbox"/> 医師の診断書による確認</p> <p>&lt;主治医の意見を確認した日&gt;<br/> 計画作成担当者が医師に所見を聴取した日    年    月    日<br/> (医学的所見等の記入日でなくてもよい)</p> |   |        |        |         |         |
| サービス担当者会議開催日   | 年   | 月      | 日      | 貸与開始予定日 | 年 月 日   |
| <p>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福祉用具貸与が特に必要と判断する理由</p> <p><input type="checkbox"/> 基本調査項目の結果及びケアマネジメントによる軽度者の福祉用具貸与費の例外的な利用に該当しない。</p> <p><input type="checkbox"/> 上記の i ~ iii のいずれかに該当すると判断した医師の医学的な所見並びに疾病名及び具体的な状態が医学的な所見の確認書類に記載されており、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により福祉用具貸与が特に必要であると判断されている。</p>  |   |        |        |         |         |
| <p>南あわじ市長 様</p> <p>上記の被保険者について、当該福祉用具貸与を特に必要と判断しましたので、軽度者に係る福祉用具貸与費の例外給付の確認申請を行います。</p> <p>申請日    年    月    日</p> <p>事業所の所在地</p> <p>居宅介護(介護予防)支援事業所名</p> <p>計画作成担当者氏名</p> <p>日中対応可能な電話番号</p>   |   |        |        |         |         |

- [添付書類]  居宅サービス計画書(1表・2表)又は介護予防サービス・支援計画書
- サービス担当者会議の要点
- 医師の医学的な所見の確認書類

例外給付確認申請書裏面

被保険者番号

被保険者氏名

|   |  |
|---|--|
| 申請書や添付書類をもとに、それぞれ確認してください。  |  |
| <input type="checkbox"/> 主治医への確認方法にチェックがあるか。  |  |
| <input type="checkbox"/> 担当者会議の開催日以前に医師に意見を聴取しているか。   |  |
| <input type="checkbox"/> 貸与開始日が担当者会議開催日以降となっているか。   |  |
| <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与が特に必要と判断する理由が記載されているか。   |  |
| <input type="checkbox"/> 添付書類が揃っているか。   |  |
| 主治医の意見をもとに担当者会議を開催したか。<br><input type="checkbox"/> ※主治医の意見に基づいて例外的に給付を認める制度です。<br>どのような場合でも主治医の意見がない場合は承認できません。             |  |
| <input type="checkbox"/> 主治医に確認した日や確認内容が担当者会議の要点に記載されているか。<br>「主治医に意見をいただく」ではなく、確認した日と内容を明記してください。                          |  |
| <input type="checkbox"/> ケアプランに当該サービス内容及び種別が明確に記載されているか。  |  |
| 申請書に医学的所見を添付する場合、原本を添付しているか。<br><input type="checkbox"/> 意見書の写しを添付する場合、その福祉用具が「必要」という趣旨が明記されているか。※「使用している」、「希望している」では不十分です。 |  |
| <input type="checkbox"/> 例外給付の確認申請が不要な者ではないか。<br>※平成27年7月3日『軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付について（取扱い）』を参照                                  |  |

| 種目                | 貸与の対象となる者<br>(厚生労働大臣が定める状態像)  | 該当する基本調査の結果  |
|-------------------|---|--|
| 車いす及び車いす付属品       | 次のいずれかに該当する者<br>①日常的に歩行が困難な者<br>②日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者                        | ①歩行(1-7)：できない<br>②基本調査に項目なし  |
| 特殊寝台及び特殊寝台付属品     | 次のいずれかに該当する者<br>①日常的に起き上がりが困難な者<br>②日常的に寝返りが困難な者                                    | ①起き上がり(1-4)：できない<br>②寝返り(1-3)：できない   |
| 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  | 寝返り(1-3)：できない  |
| 認知症老人徘徊感知機器       | 次のいずれにも該当する者<br>①意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者<br>②移動において全介助を必要としない者               | ①A～Dのいずれかに該当<br>A意思の伝達(3-1)：できる以外<br>B毎日の日課の理解、生年月日や年齢、短期記憶、自分の名前、今の季節の理解、場所の理解(3-2～3-7)のいずれか：できない<br>C徘徊、外出(3-8・9)・被害的、作話、感情不安定等(4-1～15)のいずれか：ない以外<br>D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<br>②移動(2-2)：全介助以外 |
| 移動用リフト(つり具の部分を除く) | 次のいずれかに該当する者<br>①日常的に立ち上がりが困難な者<br>②移乗が一部介助又は全介助を必要とする者<br>③生活環境において段差の解消が必要と認められる者 | ①立ち上がり(1-8)：できない<br>②移乗(2-1)：一部介助または全介助<br>③基本調査に項目なし  |
| 自動排泄処理装置          | 次のいずれにも該当する者<br>①排便が全介助を必要とする者<br>②移乗が全介助を必要とする者                                    | ①排便(2-6)：全介助<br>②移乗(2-1)：全介助   |