軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認申請書

　令和　　　年　　　月　　　日

津　野　町　長 　様

事業所

所在地

代表者　　　　　　　　　　　　　　　印

担当者

連絡先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 　　所 | 〒  津野町　　　　　　　　　番地 | 介護度 | 要支援　１・２  要介護　１・２・３ | | | | | | | | | |
| 必要な福祉用具 | □ 車いす及び車いす付属品 　　　　　□床ずれ防止用具  □ 特殊寝台及び特殊寝台付属品 　　　□体位変換機  □ 認知症老人徘徊探知機 　　　　　　□移動用リフト（つり具の部分を除く）  □ 自動排泄処理装置（尿のみを自動吸引するものを除く） | | | | | | | | | | | |

上の者は、下記のとおり該当しますので、関係書類を添えて申請します。

記

□　認定時の基本調査の結果等が裏面表１で定める状態像に該当し、サービス担当者会等を通じた

適切なケアマネジメントを行ったところ、福祉用具貸与が特に必要と判断します。

　　　※裏面表１の該当項目にチェックしてください。

　　　　添付書類：□ 介護予防支援経過記録又はサービス担当者会議の要点

□ 介護予防サービス・支援計画表又は居宅サービス計画書

□　認定時の基本調査の結果等が裏面表１で定める状態像に該当しませんが、医師の意見（医学的

な所見）に基づき裏面表２で定める状態像に該当すると判断し、サービス担当者会等を通じた

適切なケアマネジメントを行ったところ、福祉用具貸与が特に必要と判断します。

　　　※裏面表１及び表２の該当項目にチェックしてください。

　　　　添付書類：□ 介護予防支援経過記録又はサービス担当者会議の要点

□ 介護予防サービス・支援計画表又は居宅サービス計画書

□ 医学的な所見の確認書類（主治医意見書・医師の診断書等）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （表１） |  |  |  |
| 福祉用具の種類 | 厚生労働大臣が定める者のイ | 基本調査の結果 | 該当項目 |
| １）車いす及び  車いす付属品 ＊(1)(2)のいずれか | (1)日常的に歩行が困難な者 | 1-7「歩行」→「3.できない」 | □ |
| (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 | 該当する項目無し  →適切なケアマネジメントにより判断 | □ |
| ２）特殊寝台及び  特殊寝台付属品 ＊(1)(2)のいずれか | (1)日常的に起き上がりが困難な者 | 1-4「起き上がり」→「3.できない」 | □ |
| (2)日常的に寝返りが困難な者 | 1-3「寝返り」→「3.できない」 | □ |
| ３）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 | 1-3「寝返り」→「3.できない」 | □ |
| ４）認知症老人徘徊感知機器  ＊①②いずれにも該当 | 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 ②移動において全介助を必要としない | ①3-1意思の伝達「1.調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外／又は3‐2～3‐7：記憶・理解のいずれか「2.できない」／又は3-8～4-15：問題行動のいずれか「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 ②2-2：移動「4.全介助」以外 | □ |
| ５）移動用リフト（つり具の部分を除く） ＊(1)～(3)のいずれか | (1)日常的に立ち上がりが困難な者 | 1-8「立ち上がり」→「3.できない」 | □ |
| (2)移乗が一部介助または全介助を必要とする者 | 2-1「移乗」→「3.一部介助」  又は「4.全介助」 | □ |
| (3)生活環境において段差の解消が必要と認められる者 | 該当する項目無し  →適切なケアマネジメントにより判断 | □ |
| ６）自動排泄処理装置  ＊①②いずれにも該当 | ①排便が全介助を必要とする者 ②移乗が全介助を必要とする者 | ①2-6排便「4.全介助」 ②2-1移乗「4.全介助」 | □ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （表２） | | |
| 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、頻繁に表１の状態像に該当する者  （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  （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表１の状態像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） | | □ |
| 上記を確認した根拠 | □主治医意見書 　　□医師の診断書　　□医師からの聴取 | |