

あま市長様

居宅介護（介護予防） 支援事業所名	
代表者名	
所在地	〒
電話番号	( ) -
事業所番号	
担当介護支援専門員	

### 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認申請について

このことについて、下記のとおり必要書類を添付しますので、軽度者の福祉用具貸与の確認をお願いします。

#### 記

#### 1 対象者（該当する区分に☑チェック）

被保険者番号	氏名	要介護状態区分
		<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

#### 2 貸与品目等（該当する区分に☑チェック）

対象外種目	貸与が認められる場合	可否の判断基準
<input type="checkbox"/> ア 車いす及び車いす付属品 (1)(2)のいずれか	<input type="checkbox"/> (1) 日常的に歩行が困難な者	基本調査1-7:歩行「3. できない」
	<input type="checkbox"/> (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	※認定調査結果がないため、主治医の意見をふまえて、サービス担当者会議等を開催するなどの適切なケアマネジメントを通じて、指定介護予防・指定居宅介護支援事業者の判断
<input type="checkbox"/> イ 特殊寝台及び特殊寝台付付属品 (1)(2)のいずれか	<input type="checkbox"/> (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「3. できない」
	<input type="checkbox"/> (2) 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"/> ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器	<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"/> エ 認知症老人徘徊感知機器 (1)(2)のいずれにも該当	<input type="checkbox"/> (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	(1) 基本調査3-1: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
	<input type="checkbox"/> (2) 移動において全介助を必要としない	
<input type="checkbox"/> オ 移動用リフト (つり具の部分を除く) (1)~(3)のいずれか	<input type="checkbox"/> (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「3. できない」
	<input type="checkbox"/> (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「3. 一部介助」又は「4. 全介助」
	<input type="checkbox"/> (3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	※認定調査結果がないため、主治医の意見をふまえて、サービス担当者会議等を開催するなどの適切なケアマネジメントを通じて、指定介護予防・指定居宅介護支援事業者の判断
<input type="checkbox"/> カ 自動排泄処理装置 (1)(2)のいずれにも該当	<input type="checkbox"/> (1) 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」
	<input type="checkbox"/> (2) 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」

【裏面へ】

3 ※ア(2)及びオ(3)の状態像、または基本調査により判断できない場合に該当することを判断した内容

(該当する区分に☑チェック)

主治医から得た情報 (1)～(3)のいずれか	<input type="checkbox"/>	(1) 主治医意見書	医療機関名	
	<input type="checkbox"/>	(2) 診療情報提供書等	所在地	〒
	<input type="checkbox"/>	(3) 医師から聞き取りによる確認	電話番号	( ) -
		確認日	年 月 日	担当医師
医学的所見による状態像の判断 (1)～(3)のいずれか	<input type="checkbox"/>	(1) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日・時間によって頻繁に必要とする		
	<input type="checkbox"/>	(2) 疾病などにより、状態が急速に悪化し、短期間のうちに必要性が確実に見込まれる		
	<input type="checkbox"/>	(3) 疾病などにより、身体への重大な危険性や症状の重篤化の回避等医学的判断から必要とする		
サービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメント		サービス担当者会議実施日	年 月 日	
		貸与が必要と判断した理由・状況等		

☆ 添付書類 ①主治医から得た情報の写し ②居宅（介護予防）サービス計画書（第1表、第2表）の写し  
③サービス担当者会議（第4表）の写し

利用開始日	年 月 日から	認定期間	年 月 日～	年 月 日
福祉用具貸与事業者名			電話番号	( ) -

上記の居宅介護（介護予防）支援事業者が、軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関して必要な一切の手続きを行うこと、その結果について福祉用具貸与事業者に提示すること及びこの確認申請に必要があるときは、あま市が私の心身の状態等必要事項について調査することに同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

上記内容につき、添付書類により例外給付の要件を確認しました。

確認の有効期間	年 月 日～	年 月 日
---------	--------	-------

※ 継続して貸与を受ける場合、確認の有効期間が切れる前に確認申請を行う必要があります。