

水俣市長 様

令和 年 月 日

居宅介護(介護予防)支援事業所名	
事業所の住所等	電話番号
計画作成担当者名	

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認申請書

指定（介護予防）福祉用具貸与を居宅（介護予防）サービス計画に位置付けるために必要な事項を以下のとおり報告します。また、下記「2. 貸与にかかる軽度者の状態像の確認が必要な部分等」については裏面のとおりです。

1. 貸与を予定している被保険者

被保険者氏名		被保険者番号	
被保険者住所	水俣市	電話番号	
生年月日	大正・昭和 年 月 日	認定調査実施日	年 月 日
要介護度等	<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() <input type="checkbox"/> 認定申請中(年 月 日申請)		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

2. 貸与にかかる軽度者の状態像（該当する部分の□にチェックをお願いします。）

貸与品目	厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果
<input type="checkbox"/> 車椅子及び車椅子付属品	<input type="checkbox"/> 基本調査1-7（歩行）が「3. できない」 <input type="checkbox"/> 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もの <input type="checkbox"/> その他 医師による医学的な所見で必要と認められるもの
<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 基本調査1-4（起き上がり）が「3. できない」 <input type="checkbox"/> 基本調査1-3（寝返り）が「3. できない」 <input type="checkbox"/> その他 医師による医学的な所見で必要と認められるもの
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器	<input type="checkbox"/> 基本調査1-3（寝返り）が「3. できない」 <input type="checkbox"/> その他 医師による医学的な所見で必要と認められるもの
<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	※1 <input type="checkbox"/> 基本調査3-1（意思の伝達）が「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外 または基本調査3-2～基本調査3-7のいずれかが「2. できない」 または基本調査3-8～基本調査4-15のいずれかが「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 ※2 <input type="checkbox"/> 基本調査2-2（移動）が「4. 全介助」以外 ※1のいずれかと※2に該当しなければならない。 <input type="checkbox"/> その他 医師による医学的な所見で必要と認められるもの
<input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く）	<input type="checkbox"/> 基本調査1-8（立ち上がり）が「3. できない」 <input type="checkbox"/> 基本調査2-1（移乗）が「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 <input type="checkbox"/> 生活環境において段差の解消が必要と認められるもの <input type="checkbox"/> その他 医師による医学的な所見で必要と認められるもの
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/> 基本調査2-6（排便）が「4. 全介助」 ※いずれにも該当 <input type="checkbox"/> 基本調査2-1（排尿）が「4. 全介助」 <input type="checkbox"/> その他 医師による医学的な所見で必要と認められるもの
上記を確認した根拠	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> その他()

3. 貸与を必要と判断した福祉用具

福祉用具の種類 【該当に○】	ア. 車椅子 イ. 車椅子付属品 ウ. 特殊寝台 エ. 特殊寝台付属品 オ. 床ずれ防止用具		
	カ. 体位変換機 キ. 認知症老人徘徊感知器 ク. 移動用リフト ケ. 自動排泄処理装置		
(介護予防)福祉用具貸与事業所	事業所名		貸与開始予定
	所在地	電話番号	年 月 日～

4. 医学的所見（診断書がある場合は記入不要）

例外的貸与基準の該当性	該当する状態像にチェックしてください。 ※利用者等告示第31号のイ・・・表面No.2「厚生労働大臣が定める者のイに該当する状態」をいう。 <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、頻繁に利用者等告示第31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 重度の関節リウマチ） <input type="checkbox"/> (ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第31号のイ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） <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利用者等告示第31号のイに該当すると判断できる者 （例：喘息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）	
	【原因となる疾病等・当該利用者の具体的状態像】	
	【主治医からの情報・意見】 ※主治医からの聞き取りでも記入可。	
医師の医学的所見及び意見	【医療機関名】	【電話番号】
	【担当医師名】	【所見確認日】 年 月 日

確認申請の流れ

- ①判断の基準となる情報を準備する。
- ②サービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメントにより必要性を判断する。
- ③サービス担当者会議の記録やケアプランに福祉用具貸与が**必要な理由**を記載する。
※場合によっては暫定で出していただくこともあります。
- ④確認申請書の提出（添付書類は下の表を参照）

添付書類等

貸与品目	判断した基準	医学的所見	該当性のチェック	診断書	サービス担当者会議の記録	ケアプラン	備考
全品目	①基本調査で判断できるもの	—	—	—	○	○	
車椅子及び車椅子付属品	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もの	△	—	△	○	○	②③④は医師から得た情報での判断が必要です。
移動用リフト	③生活環境において段差の解消が必要と認められるもの	△	—	△	○	○	
車椅子及び車椅子付属品	④その他 医師による医学的な所見で必要と認められるもの	△	必要	△	○	○	△印はいずれかひとつですが、下記の書類で判断ができるようであれば代えてもかまいません。 ・主治医意見書 ・サービス担当者会議の医師への照会用紙
特殊寝台及び特殊寝台付属品							
床ずれ防止用具及び体位変換器							
認知症老人徘徊感知機器							
移動用リフト							
自動排泄処理装置							

上の①～③については基本調査と医師から得た情報を基に、事業所で要否を判断できるようになっています。それ以外で④の医師による医学的な所見に基づき必要性を協議し申請した場合は、市が要否を判断します。本市では、介護給付の適正化及び対象者把握のため全ケース提出をお願いしています。ご協力をお願いします。