

軽度者に対する福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）例外給付確認申請書

鹿嶋市長 様

| | | |
|---------------|---------------|-------|
| | 申請年月日 | 年 月 日 |
| 担当介護支援 専門員 | | 事業所名 |
| 事業所住所 | 〒 電話番号 | |

福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）の例外給付に係る確認を受けたいので、次のとおり申請します。

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|---|--|--|--|--|--|--|------|---|---|--|
| 1 | 被保険者 | 氏 名 | | 被保険者番号 | | | | | | | | |
| | | 住 所 | | | | | | | 生年月日 | . | . | |
| | | 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"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 認定申請中（申請日 年 月 日） | | | | | | | | | |
| | | 認定有効期間 | 年 月 日～ 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 2 | 福祉用具を 必要とする 理由 | <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する。 | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる。 | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる。 | | | | | | | | | | |
| 3 | 確認を必要とする福祉用具及び該当する状態像 | <input type="checkbox"/> 車椅子及び車いす付属品 | | | | <input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者 <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（指定介護予防支援事業者・指定居宅介護支援事業者が判断） | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 | | | | <input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者 | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換機 | | | | <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者 | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 | | | | <input type="checkbox"/> 意志の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動において全介助を必要としない者 | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 移動用リフト | | | | <input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助または全介助を必要とする者 <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者 （指定介護予防支援事業者・指定居宅介護支援事業者が判断） | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 | | | | <input type="checkbox"/> 排便が全介助を必要とする者 <input type="checkbox"/> 移乗が全介助を必要とする者 | | | | | | | | |
| 4 | 2の福祉用具を必要とする理由を確認した方法 | <input type="checkbox"/> 主治医意見書 | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 医師の診断書等 | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 医師から所見を聴取 | | | | | | | | | | |
| 5 | サービス担当者会議開催日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 6 | 貸与開始日（貸与開始予定日） | 年 月 日 | | | | | | | | | | |

※ 添付書類 居宅サービス計画書（第1、2表）・サービス担当者会議の内容
福祉用具が必要とする理由が確認できる書類（主治医意見書、診断書、主治医連絡票等）

【添付書類】

① 確認申請書

② 居宅（介護予防）サービス計画書

居宅サービス計画書は国の標準様式（第1表および第2表）に、介護予防サービス計画書は国の標準様式（介護予防サービス・支援計画書）によるものとします。

「当該福祉用具貸与が特に必要な理由」を必ず記載してください。

③ サービス担当者会議の記録

やむを得ない理由によりサービス担当者会議を開催せず、担当者に対する照会等により意見を求めた場合は、この内容が記録された書面を提出してください。「開催日（照会日・回答日）」、

「出席者（回答者）」 および「福祉用具貸与の例外給付についての検討内容（照会内容・回答内容）」を必ず記載してください。

④ 福祉用具を必要とする理由が確認できる書類

主治医意見書および医師の診断書等（主治医連絡票含む）の場合は、その写しに福祉用具を必要とした理由を確認した箇所が分かるように蛍光ペン等で線を引いてください。

また上記手段で医師から福祉用具を必要とする理由を確認できない場合は、医師から所見を確認した場合は、聴取日時、聴取方法（電話・面接等）、聴取内容、医師の氏名が記録された書面を提出してください。

原則、主治医意見書および医師の診断書等（主治医連絡票含む）の方法で確認をしてください。