

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認依頼書

年 月 日

吉川市長 あて

事業所名 \_\_\_\_\_

担当者 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

《被保険者情報》

被保険者氏名		被保険者番号	_____
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		
認定有効期限	_____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日		

※要介護2・3は自動排泄処理装置のみ。

《例外給付の判断》

福祉用具の種類及び該当する状態	<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 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具を除く) <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置(交換可能部品を除く)	
	※裏面の「福祉用具貸与費の算定可否の判断基準表」により、算定が可能な場合は、吉川市への照会は不要です。算定できない場合は、次により判断し、吉川市に確認依頼申請を行ってください。	
福祉用具貸与を必要とする理由 (医学的所見)	<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第95号告示第25号のイに該当する。	
	<input type="checkbox"/> (ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当することが確実に見込まれる。	
	<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第95号告示第25号のイに該当すると判断できる。	
主治医の所見を確認した書類等	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 医師からの意見聴取	
サービス担当者会議開催日	_____年 _____月 _____日	
福祉用具貸与の開始年月日	_____年 _____月 _____日 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	

下記のとおり関係書類を添えて、軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認依頼について申請します。なお、本件について被保険者(本人等)の同意を得ております。

添付書類	<input type="checkbox"/> 医学的所見が確認できる書類 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議等の記録の写し		
確認日	_____年 _____月 _____日	確認者(本人または家族等)	_____
遡及する場合の理由	_____		

保険者確認欄

上記の福祉用具貸与について、例外給付として介護給付の対象にすることを  <b>可・不可</b> と判断し通知します。		課長	課長補佐	係長	担当

福祉用具貸与費の算定可否の判断基準表

種目	厚生労働大臣が定める者のイ (状態像)	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
車いす及び 車いす付属品 ※①②のいずれかに該当	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」
	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	ケアマネジメントで判断
特殊寝台及び 特殊寝台付属品 ※①②のいずれかに該当	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」
	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」
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	基本調査1-3(寝返り) 「3. できない」
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 ある者	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 または、基本調査3-2~基本調査3-7 のいずれか 「2. できない」 または、基本調査3-8~基本調査4-1 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 の症状がある旨記載されている場合も含む
	②移動において全介助を必要と しない者	基本調査2-2(移動) 「4. 全介助」以外
移動用リフト (つり具を除く) ※①②③のいずれ かに該当	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」
	②移乗が一部介助または全介助を 必要とする者	基本調査2-1(移乗) 「3. 一部介助」または「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	ケアマネジメントで判断
自動排泄処理装置 (交換可能な部 品を除く) ※①②いずれかに 該当	①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」
	②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」

【老企第36号より抜粋】