

# 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する届出書

中川村長 様

軽度者に対する福祉用具貸与の取扱いに関して、例外給付の判断が医師の意見(医学的所見)に基づき判断され、サービス担当者会議等を経た適切なケアマネジメントの結果を踏まえていることについて確認を依頼します。

		届出年月日	令和 年 月 日
被保険者	被保険者氏名(署名)	被保険者番号	
	住所		
	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	
	認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	

貸与が可能な福祉用具及び該当する状態像 (該当に○)	ア、車いす及び車いす付属品	(一) 日常的に歩行が困難な者	基本調査1-7『3.できない』
		(二) 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た者	主治医からの情報及びサービス担当者会議 ※下記
	イ、特殊寝台及び特殊寝台付属品	(一) 日常的に起き上がりが困難な者	基本調査1-4『3.できない』
		(二) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3『3.できない』
	ウ、床ずれ防止用具及び体位変換器	(一) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3『3.できない』
	エ、認知症老人徘徊感知機器	(一) 意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに障害のある者	基本調査3-1『1.調査対象者が意思を他者に伝達できる』以外 又は基本調査3-2～3-7のいずれか『2.できない』 基本調査3-8、4-1～4-15のいずれかが『1.ない』以外 その他、主治医意見書において、認知症状がある旨が記載されている場合も含む。
		(二) 移動において全介助を必要としない者	基本調査2-2『4.全介助』以外
	オ、移動用リフト	(一) 日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査1-8『3.できない』
		(二) 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『3.一部介助』又は『4.全介助』
		(三) 生活環境において段差の解消が必要とみとめられる者	主治医からの情報及びサービス担当者会議※下記
カ、自動排泄処理装置 (尿のみを自動的に吸引するものを除く)	(一) 排便が全介助を必要とする者	基本調査2-6『4.全介助』	
	(二) 移乗に全介助を必要とする者	基本調査2-1『4.全介助』	

※ア(二)、オ(三)の状態像に該当することを判断した内容

主治医の医師から得た情報(該当に○)	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	医療機関名	
	<input type="checkbox"/> 診療情報提供		
	<input type="checkbox"/> 医師からの聞き取りによる確認	担当医師名	
確認日	令和 年 月 日	電話番号	
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	令和 年 月 日	
	貸与が必要と判断した理由・状況・疾病等		

※添付書類 ① 主治医の意見(医学的所見)の確認できるもの㊟ ② 居宅サービス計画書又は介護予防支援計画に係る関連様式 ③ サービス担当者会議の記録㊟

福祉用具貸与事業者		電話番号	
利用開始日(予定)	令和 年 月 日～		
届出者(計画作成担当者)		電話番号	
居宅介護(介護予防)支援事業者			

## 【村確認欄】

上記の届出により福祉用具に対し、介護給付の対象とする事について、【可・不可】と判定します。

有効期限は認定有効期間とし、認定期間毎に提出する事とします。

但し、区分変更等により、新たに認定を受けて認定の効力が生じた日の前日をもって有効期限が終了したものとします。

年 月 日 中川村長 宮下 健彦 ㊟

※ コピーを提出先へ戻し、原本は保険者で保管する。