

軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付確認申請書

令和 年 月 日

鹿児島市長 殿

(提出者)
 事業所名
 事業所住所(〒 -)
 代表者名
 電話番号 () -

下記により軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付について確認願います。

(該当する項目の □ をチェックしてください。)

1	被保険者氏名										
	住所	(〒 -) 鹿児島市									
	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	利用者の状態像	<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、頻繁に下記の3の状態像に該当する。								
		<input type="checkbox"/>	ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに下記の3の状態像に該当するに至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下記の3の状態像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(第23号告示第19号のイ)	<input type="checkbox"/>	車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/>	日常的に歩行が困難な者						
		<input type="checkbox"/>	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"/>	床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者						
		<input type="checkbox"/>	体位変換器	<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"/>	意思の伝達、介助者への反応、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(つり具の部分を除く)	<input type="checkbox"/>	日常的に立ち上がりが困難な者						
		<input type="checkbox"/>	自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/>	移乗が一部介助又は全介助を必要とする者						
4	福祉用具を必要とする理由を確認した方法(※医師の医学的な所見)	<input type="checkbox"/>	主治医意見書								
		<input type="checkbox"/>	医師の診断書(ケアプラン連絡票を含む。)等								
		<input type="checkbox"/>	医師の医学的な所見を聴取								
5	サービス担当者会議の開催日	令和 年 月 日									

【添付書類】①居宅(介護予防)サービス計画書 ②サービス担当者会議の記録等 ③福祉用具を必要とする理由が確認できる書類 ※いずれも写しで可

- ① 居宅サービス計画書は国の標準様式(第1表、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)に該当する書面。当該福祉用具の貸与に関する「利用者及び家族の意向」、「援助の方針」等を記載してください。
- ② 国の標準様式(第4表)に該当する書面。介護予防の場合は、国の標準様式(介護予防支援経過記録)に該当する書面。やむを得ない理由によりサービス担当者会議に参加できず、担当者に別に文書等により意見を求めた場合は、当該文書を提出してください。「開催日(照会日、回答日)」、「出席者名(回答者名)」、「福祉用具貸与の例外給付についての検討内容(照会、回答内容)」、「検討の結論」が明記されていることが必要です。
- ③ 主治医意見書又は医師の診断書(主治医連絡票を含む。)等による場合は、疾病その他の原因により福祉用具が必要な状態像を疎明した医師の所見がわかる部分をラインマーカー等で明確にし、提出してください。また、電話や面接等により医師の医学的所見を聴取した場合は、当該医師の氏名、医療機関名、聴取日時、聴取方法(電話、面接等)及び聴取内容が記録された書面(別記様式1)を添付してください。