

軽度者に係る福祉用具貸与例外給付確認申請書

令和 年 月 日

みやこ町長

支援事業所名								
事業所番号								
管理者氏名								
所在地	〒 -							
連絡先	TEL				FAX			
計画作成担当者氏名								

次の事項について担当の居宅介護(介護予防)支援事業所から説明を受け、同意しました。

- (1) 居宅介護(介護予防)支援事業所が、私の福祉用具貸与の例外給付の確認申請を下記のとおり行うこと。
- (2) 確認結果通知を当該居宅介護(介護予防)支援事業所あてに送付すること。
- (3) この申請にかかる確認のための必要があるときは、私の要介護認定または要支援認定の結果や心身の状態および疾病なども必要な事項について、みやこ町が調査すること。

本人同意欄	氏名
-------	----

次の被保険者に対して、医師の意見(医学的な所見)に基づき状態像が判断され、かつサービス担当者会議の開催等を通じた適切なケアマネジメントを行ったところ、(介護予防)福祉用具貸与が必要と判断しましたので確認を依頼します。

被保険者	氏名								被保険者番号							
	住所	福岡県京都郡みやこ町														
	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							
今回の申請は、 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・変更申請等 <input type="checkbox"/> 支援事業所の変更(※1) <input type="checkbox"/> 福祉用具の種目の変更・追加 <input type="checkbox"/> その他()																
貸与を必要と判断した福祉用具		<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 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"/> 自動排泄処理装置 <input type="checkbox"/> 移動用リフト(昇降座椅子)(※2)														
サービス担当者会議開催日									令和 年 月 日							
貸与開始予定日(サービス担当者会議以降の日付)									令和 年 月 日							
貸与をする事業所			事業所名				事業者番号									
貸与用具の商品名																
医師の医学的所見	該当所見	<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、頻繁に利用者等告示第31号のイに該当する者														
		<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号のイに該当することが確実に見込まれる者														
		<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														
	医師の医学的な所見確認方法	主治医名					医療機関名									
所見確認日		令和 年 月 日 (医学的所見を確認した日、サービス担当者会議以前の日付)														
確認方法		<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書(主治医連絡票を含む) <input type="checkbox"/> 電話での聞き取り <input type="checkbox"/> 受診時等面接による聞き取り <input type="checkbox"/> サービス担当者会議に出席 <input type="checkbox"/> その他														
特に必要と判断した理由(ケアマネジメントの結果)																
添付書類 *提出書類にチェック		① <input type="checkbox"/> 医学的な所見の確認書類(※3) ② <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(1)(2)又は介護予防サービス・支援計画書 ③ <input type="checkbox"/> サービス担当者会議等の要点又は介護予防支援経過記録														

※1: 今回の申請が、支援事業所の変更のみである場合は、この申請書と添付書類の③の提出で再申請を行ってください。(申請書の記載は、太枠内の記載のみで構いませんが、医師の医学的な所見等の確認については、前事業所との連携により、確認書類の写し等で必ず確認すること。確認できない場合には、すべての添付書類が必要となります。)

※2: 移動用リフトの中の「昇降座椅子」については、基本調査の「移乗」の項目で判断することになっており(H19.3.30老健局通知)、移乗が「一部介助」又は「全介助」以外の者については、利用者等告示第31号のイの状態には該当しないとされ、保険者への確認が必要。

※3: 医学的な所見の確認書類には、I) II) III)のどの状態に該当し、利用者が具体的にどのような状態であるのかの記載があることが必要です。(「〇〇の貸与が必要」といった記載だけでは、軽度者であることの確認はできません)