福祉用具貸与の例外利用者に関する確認申請書

鉾田市長　様

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 居宅介護(介護予防)  支援事業所名 |  |
| 申請者氏名  (担当ケアマネジャー等) | 連絡先 |

次のとおり、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に関する申請をします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 | 0 |  | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | 男  ・  女 | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日  歳 | | | | | | | | | |
| 被保険者住所 | 〒  鉾田市  連絡先 | | | | | | | | | | | |
| 要介護度区分 | □認定申請中　　　□要支援１　　　□要支援２　　　□要介護１ | | | | | | | | | | | |
| 自動排泄処理装置のみ　　　　　　　□要介護２　　　□要介護３ | | | | | | | | | | | |
| 貸与を必要と  する福祉用具 | □車いす及び車いす付属品　　　　　□認知症老人徘徊感知機器  □特殊寝台及び特殊寝台付属品　　　□移動用リフト(つり具の部分を除く)  □床ずれ防止用具及び体位変換器　　□自動排泄処理装置 | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当する  状態像  ※Ⅰ～Ⅲの  　いずれかを○で囲む  医師の医学的所見に基づき判断されていること | 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厚生労働大臣が定める者等  認定調査の結果が次ページ別表の黄色部分の状態に該当しない場合には、Ⅰ～Ⅲの状態になり得ることを主治医意見書，医師の診断書，介護支援専門員が聞き取った医師の所見等から確認し、該当の数字を丸囲みしてください。  ＜平成12年厚生省告示第23号第21号のイに該当する者(裏面別表参照)＞ | | | |
| 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23号告示第21号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者 | | | |
| 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23号告示第21号のイに該当すると判断できる者 | | | |
| 医師氏名 | |  | 医療機関名 |  |
| 診断名 | |  | 確認日 | 年　　月　　日 |
| 確認方法  (該当に☑する) | | □主治医意見書　　□医師からの意見聴取　　□その他 | | |
| 医師の所見  (医師から意見を  聴取した場合) | | 診察同行，電話，文書照会などで医師から意見を徴取した場合は、上記Ⅰ～Ⅲにあてはまる状態像であることと、該当の福祉用具の利用が望ましいと判断された内容について記載してください。 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 添付書類 | ○介護予防サービス・支援計画表又は居宅サービス計画書（第１表・第２表）の写し  ○サービス担当者会議の要点の写し  ○医学的な所見の確認書類（主治医意見書）の写し |

|  |  |
| --- | --- |
| 保険者記入欄 | 貸与　：　　可　・　否　　　　　　形態　：　新規　・　継続　・　中止  確認日　：　　　　　　年　　　月　　　日 |

（別表）

厚生労働大臣が定める者等（利用者告示第３１号のイ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象外種目 | 厚生労働大臣が定める者等 | 左に該当する基本調査結果 |
| ア　車いす及び  車いす付属品 | 次のいずれかに該当する者 |  |
| (1)日常的に歩行が困難な者 | 基本調査1-7「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 | ※  認定調査の結果が、黄色部分に該当する場合は、確認申請書の提出は不要です |
| イ　特殊寝台及び  特殊寝台付属品 | 次のいずれかに該当する者 |  |
| (1)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」 |
| (2)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  及び体位変換機 | 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 | 次のいずれにも該当する者 |  |
| (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「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」  又は基本調査3-8～4-15のいずれか「1ない」以外  その他主治医の意見書において、認知症の症状がある旨が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「4全介助」以外 |
| オ　移動用リフト  (除つり具部分) | 次のいずれかに該当する者 |  |
| (1)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」 |
| (2)移乗が一部介助又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」 |
| (3)生活環境において段差の解消が必要と認められる者 | ※ |
| カ　自動排泄処理  装置 | 次のいずれかにも該当する者 |  |
| (1)排便が全介助を必要とする者 | 基本調査2-6「4全介助」 |
| (2)移乗が全介助を必要とする者 | 基本調査2-1「4全介助」 |

備考　※については、該当する基本調査項目がないため、主治医から得た情報及びサービス担当者会議等を

通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与の必要性を判断すること。

【福祉用具貸与の見直しについて】

厚生省令第38号(指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準)第13条第13項の規定に基づき、要介護１の利用者は月１回のモニタリングで、厚生労働省令第37号(指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準)第30条第15項の規定に基づき、要支援１及び要支援２の利用者については介護予防ケアプランの評価によって、その必要性の見直しを行い、その結果を記録してください。

　モニタリングの結果、貸与が不要となったときは「貸与中止の連絡（電話等）」、種目変更等が必要となったときは「再度申請」を行ってください。

　モニタリングを行い、その記録がなかった場合、保険給付費の返還対象となることがあります。

問い合わせ先：鉾田市役所　介護保険課　介護保険係