

軽度者に係る福祉用具貸与費の例外給付の確認申請書

年 月 日

(あて先) 愛西市長

下記のとおり、福祉用具貸与について、保険給付の対象として認めるよう申請します。
また、この申請にかかる確認のために必要のあるときは、私の心身の状態及び疾病等必要な事項について愛西市が調査することに同意します。なお、当該申請にかかる確認については、下記の居宅介護(介護予防)支援事業所に通知することに同意します。

本人同意欄

該当する□にレ点を記入

1	被保険者	(氏名)		被保険者番号																								
		(住所)愛西市																	(電話番号)									
		(要介護度)		☐ 要支援1		☐ 要支援2		☐ 要介護1		(有効期間)										年	月	日まで						
		☐ 要介護2		☐ 要介護3																								
2	作成者	(居宅介護(介護予防)支援事業者名)																										
		(事業者所在地) 〒																										
		(計画作成担当者氏名)										(電話番号)																
3	福祉用具を必要とする理由※	☐	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(平成27年厚生労働省告示第94号第31号のイ。以下「第94号告示第31号のイ」という。)に該当する者																								
		☐	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94号告示第31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94号告示第31号のイに該当すると判断できる者																								
4	確認を必要とする福祉用具及び該当する状態像	☐	車いす及び車いす付属品										☐ 日常的に歩行が困難な者															
		☐	特殊寝台及び特殊寝台付属品										☐ 日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者															
		☐	床ずれ防止用具及び体位変換器										☐ 日常的に起き上がりが困難な者															
		☐	認知症老人徘徊感知機器										☐ 日常的に寝返りが困難な者															
		☐	自動排泄処理装置(ただし、尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く)										☐ 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															
5	3の福祉用具を必要とする理由を確認した方法	☐ 主治医意見書																										
		☐ 医師の診断書等(主治医連絡票を含む)																										
		☐ 医師から所見を聴取																										
6	サービス担当者会議開催日										年 月 日																	

[添付書類] ☐ ①居宅(介護予防)サービス計画書(第1表、第2表)
☐ ②サービス担当者会議の記録(第4表)
:例外給付を行う予定の福祉用具について必要性の検討内容が詳細に書かれたもの
☐ ③福祉用具を必要とする理由が確認できる書類(5のいずれかの書類)

※平成27年厚生労働省告示第94号第31号のイ については、裏面参照のこと

年 月 日

上記内容につき、添付書類により例外給付の要件(確認不可の種目は除く)を確認しました。

愛西市長 日 永 貴 章 印

確認の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
---------	---------------

※継続して貸与を受ける場合、確認の有効期間が切れる前に確認申請を行う必要があります。
※下記のとおり確認不可の種目は除きます。

確認不可の種目	(確認不可の種目とその理由)
---------	----------------

－ 参考 －

【平成27年厚生労働省告示第94号第31号のイ】

第31号

イ 次に掲げる福祉用具の種類に応じ、それぞれ次に掲げる者

- (1) 車いす及び車いす付属品 次のいずれかに該当する者
 - (一) 日常的に歩行が困難な者
 - (二) 日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者
- (2) 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
 - (一) 日常的に起きあがりが困難な者
 - (二) 日常的に寝返りが困難な者
- (3) 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
- (4) 認知症老人徘徊感知機器 次のいずれにも該当する者
 - (一) 意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者
 - (二) 移動において全介助を必要としない者
- (5) 移動用リフト(つり具の部分を除く。) 次のいずれかに該当する者
 - (一) 日常的に立ちあがりが困難な者
 - (二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者
 - (三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者
- (6) 自動排泄処理装置 次のいずれにも該当する者
 - (一) 排便において全介助を必要とする者
 - (二) 移乗において全介助を必要とする者

【添付書類】について

- 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。「医師の所見」・「医師氏名」・「当該福祉用具貸与が特に必要な理由」が記載されているものが必要。
- 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を開催せず、担当者に対する照会等により意見を求めた場合は、「開催日(照会日・回答日)」・「出席者(回答者)」・「福祉用具貸与の例外給付についての検討内容(照会内容・回答内容)」が記載されているものが必要。
- ③: 主治医意見書及び医師の診断書等(主治医連絡票を含む)による場合は、その写しに福祉用具を必要とした理由を確認した箇所が分かるようにラインマーカーの上、提出してください。また、医師から所見を聴取した場合は、聴取日時、聴取方法(Tel、面接等)、聴取内容、医師氏名が記録された書面を提出してください。

【自動排泄処理装置】について

尿のみを自動的に吸引する機能のものは軽度者の例外給付の対象ではありませんが、便を自動的に吸引する機能のものが要支援1から要介護3までの軽度者の例外給付の対象となることに注意してください。