

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の { 新規 ・ 更新 ・ 変更 } 確認届出書
 * 該当に してください。

瀬戸内市長 あて

次の者について、福祉用具貸与の例外給付の確認届出書を提出します。

ふりがな		被保険者番号	0 0 0 0
被保険者氏名		認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
住 所	瀬戸内市	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 (自動排泄処理装置のみ)
指定居宅介護 支援事業所名		担当者名	
TEL		利用(貸与) 開始予定日	年 月 日

1. 福祉用具貸与に係る認定時の基本調査事項(認定調査票上での状態像に してください。)

福祉用具の種類	直近の認定調査項目上での状態像	裏面の記載の必要性の有無	
<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品	(歩行) 1-7	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	裏面のチェック欄及び必要事項に記入する
		<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	記入の必要なし
		<input type="checkbox"/> できない	記入の必要なし
<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品	(起き上がり) 1-4	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	裏面のチェック欄及び必要事項に記入する
		<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	記入の必要なし
		<input type="checkbox"/> できない	記入の必要なし
	(寝返り) 1-3	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	裏面のチェック欄及び必要事項に記入する
		<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	記入の必要なし
		<input type="checkbox"/> できない	記入の必要なし
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 及び体位変換器	(寝返り) 1-3	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	裏面のチェック欄及び必要事項に記入する
		<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	記入の必要なし
		<input type="checkbox"/> できない	記入の必要なし
<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知器	(意思の伝達) 3-1	<input type="checkbox"/> 調査対象者が意思を他者に伝達できる	裏面のチェック欄及び必要事項に記入する
		<input type="checkbox"/> 調査対象者が意思を他者に伝達できる以外	記入の必要なし
	(記憶・理解) 3-2 ~ 3-7	<input type="checkbox"/> すべてできる	裏面のチェック欄及び必要事項に記入する
		<input type="checkbox"/> いずれかできない	記入の必要なし
	(問題行動) 3-8 ~ 4-15	<input type="checkbox"/> すべてない	裏面のチェック欄及び必要事項に記入する
		<input type="checkbox"/> いずれかない以外	記入の必要なし
	(移動) 2-2	<input type="checkbox"/> 全介助	裏面のチェック欄及び必要事項に記入する
<input type="checkbox"/> 全介助以外		記入の必要なし	
<input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く)	(立ち上がり) 1-8	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	裏面のチェック欄及び必要事項に記入する
		<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	記入の必要なし
		<input type="checkbox"/> できない	記入の必要なし
(移乗) 2-1	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等	裏面のチェック欄及び必要事項に記入する	
	<input type="checkbox"/> 一部介助又は全部介助	記入の必要なし	
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 (尿のみ自動的に吸引するものを除く)	(排便) 2-6	<input type="checkbox"/> 全介助以外	裏面のチェック欄及び必要事項に記入する
		<input type="checkbox"/> 全介助	記入の必要なし
	(移乗) 2-1	<input type="checkbox"/> 全介助以外	裏面のチェック欄及び必要事項に記入する
		<input type="checkbox"/> 全介助	記入の必要なし
		<input type="checkbox"/> 全介助	記入の必要なし

2. 福祉用具貸与が必要な理由

福祉用具の種類	認定調査項目以外の状態像
車いす・電動車いす・車いす付属品	<input type="checkbox"/> 日常生活範囲における移動の支援が必要と認められる
特殊寝台・特殊寝台付属品 または 床ずれ防止用具及び体位変換器 または 認知症老人徘徊感知器 または 自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/> 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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態 <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる <input type="checkbox"/> 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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる
移動用リフト（つり具の部分を除く）	<input type="checkbox"/> 生活環境において段差の解消が必要と認められる

3. 判断方法

<input type="checkbox"/>	主治医意見書による確認
<input type="checkbox"/>	医師の診断書等による確認
<input type="checkbox"/>	担当介護支援専門員（担当職員）が医師からの聴き取りによる確認
医療機関名・医師名	医療機関名： _____ 医師名： _____
医師への確認日	_____年 _____月 _____日※聴き取り以外の場合は、主治医意見書等の記入日
上記資料の医学的な所見の内容	疾 病 等
	心 身 の 状 態 等

※ 添付書類

表面のみ記載の場合	サービス担当者会議録の写し（貸与が必要と判断した箇所にマーキング）
裏面にも記載が必要な場合	ケアプラン 要介護：ケアプラン1表、2表の各写し 要支援：介護予防サービス・支援計画書の写し
	サービス担当者会議録の写し（貸与が必要と判断した箇所にマーキング） 医師の所見が記載された書類の写し （聞き取りの場合：担当者会議録へ医療機関名、医師名、医師の意見を記載すること）

● 市による確認（以下は市で記入）

確 認 日

<input type="checkbox"/>	基本調査票チェック
<input type="checkbox"/>	添付書類確認

* 軽度者の福祉用具貸与について

●手続きが必要な時期

軽度者が初めて福祉用具の例外給付を利用しようとするとき ※「初めて」には、要介護度2以上の者が、要介護更新認定・状態区分の変更認定の結果、「要支援1・2、要介護1」になり、福祉用具貸与の例外給付を利用しようとする場合を含みます。 (自動排泄処理装置については、要介護度4以上の者が、「要支援1・2、要介護1・2・3」になった場合)
福祉用具の例外給付の利用者についての要介護更新認定・状態区分の変更認定後に開催するサービス担当会議の後 (開催日から概ね1ヶ月以内に提出すること)
貸与する福祉用具の追加・変更が生じたとき ※再度提出が必要な例：従来使用していた電動ベットに加えて付属品のサイドレールを追加した等 ※再度提出が不必要な例：従来使用していた電動ベットが故障したことによる機種変更等
医学的見地に基づいて判断した状態に変更が生じたとき。状態区分の変更認定後に開催するサービス担当者会議の後 (開催日から概ね1ヶ月以内に提出すること)
福祉用具貸与事業所の変更等 『軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認届出書』の記載事項に変更が生じたとき



●添付書類 (利用者の状態像で判断した書類)

ケアプラン 要介護：ケアプラン1表、2表の各写し 要支援：介護予防サービス・支援計画書の写し
サービス担当者会議録の写し (貸与が必要と判断した箇所にマーキング)
医師の所見が記載された書類の写し (聞き取りの場合は、担当者会議録へ医療機関名・医師名・医師の意見を記載すること)

認定有効期間が2年の利用者については、1年後に福祉用具貸与の見直しをして「例外給付確認書」(添付書類不要)を再提出してください。

あくまでも軽度者への貸与は、原則保険給付対象外であることを踏まえ、適切なマネジメントのもと運用を行っていただけますようお願いいたします。