

軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付に関する確認申請書

福祉用具貸与の例外給付について、貸与が必要な状態である確認を、三郷町が行うことについて申請します。

以下は、居宅(介護予防)支援事業所の計画作成担当者が記入してください。

| | | | | |
|---------------------------|---|--------|------------|--|
| 1 被保険者情報 | | | | |
| 氏名 | | 被保険者番号 | | |
| 住所 | | 電話番号 | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 (男・女) | 認定有効期間 | 令和 年 月 日から | |
| 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・3 <input type="checkbox"/> 認定申請中 | | 令和 年 月 日まで | |
| 2 担当居宅介護(介護予防)支援事業所 | | | | |
| 事業所名 | | 住所 | | |
| 担当者氏名 | | 電話番号 | | |
| 3 例外給付の判断 | | | | |
| ①該当する被保険者の状態像 (裏面の表参照) | <input type="checkbox"/> i) 疾病その他の原因により、状態像が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に第95号告示第25号のイに該当する者 (例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象) | | | |
| | <input type="checkbox"/> ii) 疾病その他の原因により、状態像が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者 (例 がん末期の急速な状態悪化) | | | |
| | <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第95号告示第25号のイに該当すると判断できる者 (例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避) | | | |
| ②必要とする福祉用具種目 | <input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <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"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く。) <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。) | | | |
| ③主治医から得た情報 | <input type="checkbox"/> 主治医意見書(被保険者の疾病及び身体状況に基づいて、用具の必要性が記載されているもの) <input type="checkbox"/> 診断書(被保険者の疾病及び身体状況に基づいて、用具の必要性が記載されているもの) <input type="checkbox"/> 軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付に関する主治医所見聴取記録(医師からの意見聴取) | | | |
| 4 サービス担当者会議開催日 | 令和 年 月 日 | | | |

※この申請書に下記の①②の書類を添付してください(各1部)。

①基本調査結果による判断ができる場合は、基本調査の写し

基本調査結果による判断ができない場合は、主治医から得た情報

主治医意見書又は診断書又は軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付に関する主治医所見聴取記録(別紙)

②居宅サービス計画書<サービス担当者会議において被保険者が福祉用具の貸与を必要とする状態であると認めた理由>

<三郷町記入欄>

| | | | | | |
|---|-------------|----------------------------|------|----|----|
| 居宅介護支援事業者あて | | | | | |
| 福祉用具貸与が必要な状態に該当すると判断されていることを | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 確認します <input type="checkbox"/> 確認できません | | | | | |
| 対象福祉用具種目 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <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"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く。) <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。) | | | | | |
| 利用認定期間 | 令和 年 月 日 から | ※介護度に変更があった場合は、改めて申請して下さい。 | | | |
| 申請のあった軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付に関する確認申請を上記のとおり確認しました。 | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | |
| 三郷町長(公印省略) | 決裁 | 課長 | 課長補佐 | 主任 | 担当 |

表 [95号告示第25号のイ]

要介護1：老企第36号 第2の9(2)

要支援1・2：老計発第0317001号、老振発第0317001号、老老発第0317001号 別紙1 第2の11(2)

| 対象外種目 | 厚生労働大臣が定める者のイ | 厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果 |
|--------------------------|-------------------------------------|--|
| ア 車いす及び 車いす付属品 | 次のいずれかに該当する者 | |
| | (一) 日常的に歩行が困難な者 | 基本調査1-7が、「3.できない」 |
| | (二) 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 | — 【※1】 |
| 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 | |
| | (一) 日常的に起きあがり困難な者 | 基本調査1-4が、「3.できない」 |
| | (二) 日常的に寝返りが困難な者 | 基本調査1-3が、「3.できない」 |
| ウ 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 | 基本調査1-3が、「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 | |
| | (一) 意見の伝達、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が、「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～基本調査3-7のいずれかが、「4.できない」 又は 基本調査3-8～基本調査4-15のいずれかが、「2.ない」以外 その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。 |
| | (二) 移動において全介助を必要としない者 | 基本調査2-2が、「4.全介助」以外 |
| オ 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) 日常的に立ち上がりが困難な者 | 基本調査1-8が、「3.できない」 |
| | (二) 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が、「3.一部介助」又は「4.全介助」 |
| | (三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者 | — 【※1】 |
| カ 自動排泄処理装置【※2】 | 次のいずれにも該当する者 | |
| | (一) 排便が全介助を必要とする者 | 基本調査2-6が、「4.全介助」 |
| | (二) 移乗が全介助を必要とする者 | 基本調査2-1が、「4.全介助」 |

【※1】 アの(二)「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」及びオの(三)「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については、該当する基本調査結果がないため、主治の医師から得た情報及び福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能なのが参加する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指定居宅介護支援事業者または指定介護予防支援事業者が判断する。なお、この判断の見直しについては、居宅サービス計画または介護予防サービス計画に記載された必要な理由を見直す頻度(必要に応じて随時)で行う。

【※2】 カの「自動排泄処理装置」については、要介護3以下の者が確認対象となる。ただし、尿のみを自動的に吸引する機能のものについては、主治の医師から得た情報及び福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能なのが参加する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指定居宅介護支援事業者または指定介護予防支援事業者が判断する。なお、この判断の見直しについては、居宅サービス計画または介護予防サービス計画に記載された必要な理由を見直す頻度(必要に応じて随時)で行う。