

申請が必要となった場合は、事前に介護保険課までご相談ください。【電話0854-23-3290】

軽度者の福祉用具貸与例外給付申請書

ふりがな				被 保 険 者 番 号			
被 保 険 者 氏 名							
住 所	安来市〇〇町～			認 定 有 効 期 間	平成24年 4月 1日から 平成25年 3月 31日まで		
要 介 護 度	要支援1、要支援2または要介護1 (要介護2又は要介護3)						
必 要 と す る 福 祉 用 具 の 種 類	特殊寝台及び特殊寝台付属品						
医師の所見により判断される福祉用具貸与の例外給付対象とすべき者							
<p>i～iiiのいずれかに該当することが必要です。</p> <p>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、福祉用具の種類に応じ、厚生労働大臣が定める者に該当する者</p> <p>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、福祉用具の種類に応じ、厚生労働大臣が定める者に該当することが確実に見込まれる者</p> <p>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、福祉用具の種類に応じ、厚生労働大臣が定める者に該当すると判断できる者</p>							
対 象 外 種 目	厚生労働大臣が定める者（平成24年厚生労働省告示95号第25号イ）						該 当 欄
(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) 日常生活範囲における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	次のいずれかに該当する者						
	(一) 日常的に立ち上がり困難な者						
	(二) 移乗において全介助又は介助を必要とする者						
<p>(6)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）は、平成24年度より福祉用具貸与の対象となりました。</p>							
(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						
<p>貸与開始は、基本的に承認後です。 ただし、利用者の状態の急変等の理由により承認前に貸与が必要である場合は、医師の医学的所見による判断のあった日（確認日）まで遡ることが可能です。</p>							
貸 与 開 始 予 定 日	平成24年 5月 1日・継続利用						

昇降座椅子については、「立ち上がり」ではなく「移乗」調査項目により判断します。

貸与開始は、基本的に承認後です。  
ただし、利用者の状態の急変等の理由により承認前に貸与が必要である場合は、医師の医学的所見による判断のあった日（確認日）まで遡ることが可能です。

医師の医学的所見	確認日 (確認方法)	平成 <b>24</b> 年 <b>4</b> 月 <b>20</b> 日 (診療情報提供書・主治医意見書・ <b>その他</b> (訪問、電話など))
	医師氏名	確認日は、必ず福祉用具の貸与を開始する日以前です。
	医療機関名	
	傷病名	
	状態像	<input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> ii <input checked="" type="checkbox"/> iii (該当する i ~ iii のいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> )
<p><b>厚生労働大臣が定める者であることが、医師の医学的な所見に基づき判断される必要があります。</b>          利用者の状態について「原因となる疾病や症状等によって、どのような状態であり、厚生労働大臣が定める者に該当すると判断される者である」といった医学的所見を確認し、その内容を担当介護支援専門員または医師が記入してください。          (例 i 腰椎胸椎圧迫骨折による痺れ痛み、パーキンソン病の治療薬によるオン・オフ現象あり、時間帯によって寝返り、起き上がりなどの動作が困難である。          (例 ii がん末期で疼痛、筋力低下が顕著であり、歩行、起き上がり、寝返りなどの動作が困難となっている。          (例 iii ぜんそく発作による呼吸不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の危険性があり安静状態を保持する必要がある。</p>		
福祉用具貸与が特に必要であると判断される身体の状態等	サービス担当者会議実施日	平成 <b>24</b> 年 <b>4</b> 月 <b>23</b> 日
	<p>上記の医師の医学的所見に基づき、サービス担当者会議等を通じたケアマネジメントの結果、福祉用具貸与が特に必要であると判断される内容について、担当介護支援専門員が記入してください。</p>	
	福祉用具貸与事業者名及び福祉用具専門相談員氏名	
■ 添付書類	サービス担当者会議の記録、居宅介護サービス計画書(1)・(2)	
	又は介護予防サービス支援計画書	
申請年月日及び作成者	平成 <b>24</b> 年 <b>4</b> 月 <b>24</b> 日	
	居宅介護(介護予防)支援事業者名	
	介護支援専門員氏名 <span style="float: right;">(印)</span>	
	電話番号 ( ) -	

※軽度者に対する当該対象外種目の福祉用具貸与が介護保険の給付対象となるためには、この申請により事前に保険者の承認を受ける必要があります。

※この申請が必要な方は、次の①から③のいずれの項目にもあてはまる方です。

- ① (1) ~ (6) の対象外種目福祉用具の貸与が必要な方
- ② 要介護度が要支援1~要介護1の方 (自動排泄処理装置については、要支援1~要介護3の方)
- ③ 直近の認定調査の結果では福祉用具貸与の算定が可能な者(厚生労働大臣が定める者)であることが判断できない方

※この書類を2部作成し、1部は安来市介護保険課に提出し、1部は居宅(介護予防)サービス計画書と併せて保存してください。また、指定(介護予防)福祉用具貸与事業者より、当該軽度者に係る情報について確認依頼があったときには、利用者の同意を得て、この書類の写しを交付することができます。