

## 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る確認申請書

いわき市長 様

該当する□にレ点を記入してください

申請日：       年    月    日

申請者	事業所名：	
	(       —        )	
	住 所：	
	氏 名：	連絡先： (        )
対象者	フリガナ	被保険者 番号
	氏 名	
	住 所	
	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 <input type="checkbox"/> 申請中
対象種目	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 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（つり具を除く） <input type="checkbox"/> 自動排せつ処理装置（交換可能部品を除く）	
原因となる疾病 その他の名称		
申請理由	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に告示で定める状態に該当する者 <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状態に該当することが確実に見込まれる者 <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める状態に該当すると判断できる者	
医学的な所見を確認した書類等	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 担当のケアマネジャーが聴取した医師の所見（支援経過等に記載） <input type="checkbox"/> 医師の診断書または医師への照会書	
サービス担当者会議開催日	年    月    日	※ 医学的な所見を確認した日以降
貸与開始日	年    月    日	※ 原則、申請書を提出した月から
添付書類確認欄（添付漏れ防止のため、□にチェックを記入してください。）		
・ 要介護の方	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1表・2表（写） <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点（写） <input type="checkbox"/> 居宅介護支援経過（写） <input type="checkbox"/> 医学的な所見を確認した書類（写）                                   ( <input type="checkbox"/> 申請中により暫定プラン（写）を添付   )	
・ 要支援の方	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス・支援計画書（写） <input type="checkbox"/> 介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）（写） <input type="checkbox"/> 医学的な所見を確認した書類（写）                                   ( <input type="checkbox"/> 申請中により暫定プラン（写）を添付   )	

【軽度者に係る福祉用具貸与費の算定の可否の判断基準】

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 <u>いずれか</u> に該当する者 (一) 日常的に歩行が困難なもの  (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	基本調査1-7 (歩行) 「3. できない」 - (※)
イ 特殊寝台及び 特殊寝台付属品	次の <u>いずれか</u> に該当する者 (一) 日常的に起き上がりが困難な者  (二) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-4 (起き上がり) 「3. できない」 基本調査1-3 (寝返り) 「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 (寝返り) 「3. できない」
エ 認知症老人徘徊感知機器	次の <u>いずれにも</u> 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  (二) 移動において全介助を必要としない者	基本調査3-1 「1. 調査対象者が意見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。 基本調査2-2 (移動) 「4. 全介助」以外
オ 移動用リフト (つり具の部分を除く)	次の <u>いずれか</u> に該当する者 (一) 日常的に立ち上がりが困難な者  (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	基本調査1-8 (立ち上がり) 「3. できない」 基本調査2-1 (移乗) 「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 - (※)
カ 自動排泄処理装置	次の <u>いずれにも</u> 該当する者 (一) 排便が全介助を必要とする者  (二) 移乗が全介助を必要とする者	基本調査2-6 (排便) 「4. 全介助」 基本調査2-1 (移乗) 「4. 全介助」

(※) アの(二)及びオの(三)については、該当する「基本調査の結果」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も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ケアマネジャー等が判断**します。  
この場合、確認申請書の提出は必要ありません。