

軽度者に対する福祉用具貸与(介護予防福祉用具貸与)の例外給付に係る確認申請書

年 月 日

鏡石町長 様

事業所名

事業所所在地(〒 -)

事業所代表者名

印

事業所TEL() -

該当する□を■とする

1	被保険者	(氏名)	(被保険者番号)
		(要介護度) □要支援1 □要支援2 □要介護1 □要介護2 □要介護3	
2	認定期間	~ 年 月 日 貸与(予定)開始日	疾病・傷病等
3	福祉用具を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に5の状態像に該当する	
		<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5の状態像に該当するに至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5の状態像に該当すると判断できる	
4	確認を必要とする福祉用具種別及び該当する利用者の状態像	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者
		<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に起き上がり困難な者 <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者
		<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者
		<input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者
		<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	意思伝達、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
		<input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く)	<input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者
5	3において医師の所見等を取得した方法	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/> 排便が全介助を必要とし、かつ移乗も全介助を必要とする者
		<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書等(主治医連絡票を含む) <input type="checkbox"/> 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)サービス計画書の写し、②サービス担当者会議の内容を記録した議事録等、③その他、町長が認める福祉用具を必要とする理由が確認できる書類等

添付書類の記載事項

- ア ①は、居宅サービス計画書は国の標準様式第1表及び第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類であり、「医師の所見」、「医師の氏名」、「福祉用具貸与が必要な理由」が記載されている書類を提出すること
- イ ②は、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類であり、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、国の標準様式旧第5表に該当する書類であり、「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)」が記載されている書類にサービス担当者会議の議事録を添えて提出すること
- ウ ③は、主治医意見書及び医師の診断書等による場合は、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等で箇所付けたものを提出すること。また、医師から所見を聴取した場合は、聴取日時、聴取方法、聴取内容、医師氏名が記録された書類を提出すること