

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認依頼書

令和 年 月 日

三股町長 様

事業所名
事業所所在地
連絡先
ケアプラン作成
担当者氏名

医師の意見（医学的な所見）に基づき判断し、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を行ったところ、（介護予防）福祉用具貸与が自立支援のために必要であると判断したので、例外給付につき下記により確認を依頼します。

被保険者	フリガナ		被保険者番号			
	氏名		生年月日	明・大・昭	年 月 日	
	住所				性別	男・女
	要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3	認定期間	平成・令和	年 月 日～ 平成・令和 年 月 日	
利用者の状態像及び福祉用具が必要な理由	<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下記の福祉用具が必要な状態に該当する					
	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに下記の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下記の福祉用具が必要な状態に該当する					
福祉用具の種類（該当するものにチェック）	<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 ※裏面の該当する状態像にチェックをすること					
貸与開始予定日	令和 年 月 日	貸与事業者名				

三股町確認欄

- 医師の意見（医学的所見）… 福祉用具が必要な理由が明確であること
- 居宅サービス計画書または介護予防サービス支援計画表
- サービス担当者会議の要点または介護予防支援経過記録

◎上記により、福祉用具貸与の必要性を確認しましたので下記のとおり決定します。

福祉用具貸与について	利用 可	利用 不可
------------	------	-------

受付日

確認日

【特記事項】

--

【確認後の見直しについて】

福祉用具利用状況について、月に1回はモニタリングをおこない、その結果を記録すること。
 なお福祉用具貸与については、居宅サービス計画作成後、必要に応じて随時、サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具をうける必要性について検証すること。継続して貸与をうける必要がある場合には、その理由を記載すること。
 なお、事後に行われた指導監査等において、上記の必要な見直し等を行っていない場合、保険給付の返還対象となる場合もありますのでご注意ください。

【利用者の状態像】

福祉用具	状態像（例外給付が必要な者） ※□にチェックをすること	可否判断基準 （認定調査票の基本調査の結果）
ア 車いす及び車いす付属品	（次のいずれかに該当する者） <input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者	基本調査 1-7 歩行 「3.できない」
	<input type="checkbox"/> 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と求められる者	※ケアマネジメントで判断
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） <input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難な者	基本調査 1-4 起き上がり 「3.できない」
	<input type="checkbox"/> 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」
ウ 床ずれ防止用具・体位変換器	<input type="checkbox"/> 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	（次のいずれにも該当する者） <input type="checkbox"/> 意思の伝達、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 意思の伝達 「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 3-2～3-7 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 「ない」以外 その他、主治医意見書に、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む
	<input type="checkbox"/> 移動において全介助を必要としない者	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）	（次のいずれかに該当する者） <input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査 1-8 立ち上がり 「3.できない」
	<input type="checkbox"/> 移乗に一部介助または全介助を必要とする者	基本調査 2-1 移乗 「3.一部介助」又は「4.全介助」
	<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者	※ケアマネジメントで判断
カ 自動排泄処理装置	（次のいずれかに該当する者） <input type="checkbox"/> 排便が全介助を必要とする者	基本調査 2-6 排便 「4.全介助」
	<input type="checkbox"/> 移乗が全介助を必要とする者	基本調査 2-1 移乗 「4.全介助」

【添付書類】①～③

① 医師の医学的な所見を示す資料（次のア～ウのいずれか）

ア・主治医意見書（写しで可） イ・診断書

ウ・担当介護支援専門員が医師に聴取した所見の記録（少なくとも聴取年月日、医師名を記載のこと）

※医師の医学的な所見を示す資料には、利用者の状態像が判断できる内容が具体的に記載されていることが必要です

② 居宅サービス計画書（第1～3表）または介護予防サービス支援計画表

③ 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当該福祉用具貸与を必要と判断したことを示す書類