

南房総市長 宛

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する確認申請書（新規・継続）

福祉用具の例外給付について、貸与が必要な状況である確認を、南房総市が行うことについて申請します。

フリガナ		保険者番号	122341							
被保険者氏名		被保険者番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日							
要介護度区分	要支援1・要支援2・要介護1・認定申請中									
福祉用具の種類	<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。）									
貸与予定年月日	年 月 日 ※原則、依頼書の提出のあった月の初日から認定します。申請が遅れた場合は③遅延理由の欄を記入してください。									

① 医師の医学的所見に基づく判断の根拠

(1) 疾病名				
(2) 福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像	<input type="checkbox"/> 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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者（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、状態が急速に変化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態に該当す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告示で定める福祉用具が必要な状態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）			
(3) 主治医意見書等を記載した医師又は所見を求めた担当医	医療機関名		担当医師名	
	医療機関連絡先	TEL	所見確認日	年 月 日
(4) 医学的所見の確認	<input type="checkbox"/> 医師の診断書（写し） <input type="checkbox"/> 主治医意見書（写し） <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他医師の所見がわかるもの（ ）			

② サービス担当者会議の開催状況等

(1) サービス担当者会議開催日	年 月 日								
(2) ケアプラン作成者									
事業所名		事業所番号							
事業所所在地	連絡先 ()								

③ 遅延理由

遅延項目	遅延理由（具体的に記入）
<input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中 <input type="checkbox"/> 退院と同時に必要 <input type="checkbox"/> 状態の急変 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

④ 添付書類

(ア) 医学的な判断を確認した書類
(イ) サービス担当者会議の要点（第4表）又は予防給付E表

 (南房総市記入)

居宅介護支援事業所あて
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。）
軽度者福祉用具貸与認定期間 年 月 日 から 年 月 日まで
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。 年 月 日
南房総市長 (印)

※ 例外給付の対象となる福祉用具の種目

<p>車いす及び車いす 付属品</p>	<p><input type="checkbox"/> 基本調査1-7 (歩行) が「3. できない」 (提出不要) I 調査票の写しを入手。 II サービス担当者会議を開催し、適切なマネジメントに基づき、福祉用具貸与を居宅サービス計画に位置づける。</p> <p><input type="checkbox"/> 「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」 (要提出) ⇒確認書は発行しません ※②を記入すること I 通院や買物等日常生活の範囲において、移動の支援が特に必要と認められるかどうかをケアマネが確認。 II 主治医から得た情報及び福祉用具専門相談員を含むサービス担当者会議を通じた適切なマネジメントに基づき、福祉用具貸与を居宅サービス計画に位置づける。 ※添付書類：④ (イ)</p> <p><input type="checkbox"/> 医師の医学的所見で判断しかつサービス担当者会議を開催し、適切なケアマネジメントにより判断した場合 (要提出) ⇒確認書を発行します※①、②を記入すること。 ※添付書類④ (ア), (イ)</p>
<p>特殊寝台 及び特殊寝台付属 品</p>	<p><input type="checkbox"/> 基本調査1-4 (起き上がり) が「3. できない」 (提出不要) ※どちらかに該当 <input type="checkbox"/> 基本調査1-3 (寝返り) が「3. できない」 (提出不要) ※どちらかに該当 I 調査票の写しを入手。 II サービス担当者会議を開催し、適切なマネジメントに基づき、福祉用具貸与を居宅サービス計画に位置づける。</p> <p><input type="checkbox"/> 医師の医学的所見で判断しかつサービス担当者会議を開催し、適切なケアマネジメントにより判断した場合 (要提出) ⇒確認書を発行します※①、②を記入すること。 ※添付書類④ (ア), (イ)</p>
<p>床ずれ防止用具</p>	<p><input type="checkbox"/> 基本調査1-3 (寝返り) が「3. できない」 (提出不要) I 調査票の写しを入手。 II サービス担当者会議を開催し、適切なマネジメントに基づき、福祉用具貸与を居宅サービス計画に位置づける。</p> <p><input type="checkbox"/> 医師の医学的所見で判断しかつサービス担当者会議を開催し、適切なケアマネジメントにより判断した場合 (要提出) ⇒確認書を発行します※①、②を記入すること。 ※添付書類④ (ア), (イ)</p>
<p>体位変換器</p>	<p><input type="checkbox"/> 基本調査1-3 (寝返り) が「3. できない」 (提出不要) I 調査票の写しを入手。 II サービス担当者会議を開催し、適切なマネジメントに基づき、福祉用具貸与を居宅サービス計画に位置づける。</p> <p><input type="checkbox"/> 医師の医学的所見で判断しかつサービス担当者会議を開催し、適切なケアマネジメントにより判断した場合 (要提出) ⇒確認書を発行します※①、②を記入すること。 ※添付書類④ (ア), (イ)</p>
<p>認知症老人徘徊感 知機器</p>	<p><input type="checkbox"/> 基本調査2-2 (移動) が「4. 全介助」以外 (提出不要) 【上記に該当し、かつ下記のいずれかに該当する者】 <input type="checkbox"/> 基本調査3-1 (意思の伝達) が「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外 <input type="checkbox"/> 基本調査3-2 (毎日の日課を理解) ～基本調査3-7 (場所の理解) のいずれかが「2. できない」 <input type="checkbox"/> 基本調査3-8 (徘徊) ～4-15 (話がまとまらない) のいずれかが「1. ない」以外 <input type="checkbox"/> 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 I 調査票の写しを入手。 II サービス担当者会議を開催し、適切なマネジメントに基づき、福祉用具貸与を居宅サービス計画に位置づける。</p> <p><input type="checkbox"/> 医師の医学的所見で判断しかつサービス担当者会議を開催し、適切なケアマネジメントにより判断した場合 (要提出) ⇒確認書を発行します※①、②を記入すること。 ※添付書類④ (ア), (イ)</p>
<p>移動用リフト (つり具の部分 を除く)</p>	<p><input type="checkbox"/> 基本調査1-8 (立ち上がり) が「3. できない」 (提出不要) ※どちらかに該当 <input type="checkbox"/> 基本調査2-1 (移乗) が「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 (提出不要) ※どちらかに該当 I 調査票の写しを入手。 II サービス担当者会議を開催し、適切なマネジメントに基づき、福祉用具貸与を居宅サービス計画に位置づける。</p> <p><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 (要提出) ⇒確認書は発行しません ※②を記入すること I 生活環境において、段差の解消が必要かどうかケアマネが確認。 II 主治医から得た情報及び福祉用具専門相談員を含むサービス担当者会議を通じた適切なマネジメントに基づき、福祉用具貸与を居宅サービス計画に位置づける。 ※添付書類：④ (イ)</p> <p><input type="checkbox"/> 医師の医学的所見で判断しかつサービス担当者会議を開催し、適切なケアマネジメントにより判断した場合 (要提出) ⇒確認書を発行します※①、②を記入すること。 ※添付書類④ (ア), (イ)</p>