軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付確認申請書

　　　年　　　月　　　日

湧別町長　　様

事業所名

所 在 地

代表者名

電話番号

（担当者名：　　　　　　　　　　　　　）

下記の者に対する福祉用具貸与の例外給付について確認をお願いします。

（該当する項目の □ をチェックしてください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　　　所 | 　〒湧別町 |
| 要介護度区分(認定有効期間) | 　□ 要支援１　　□ 要支援２　　□ 要介護１　　□ 要介護２　　□ 要介護３　（　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日）　□ 認定申請中〔新規・更新・変更〕（申請日　　年　　月　　日） |
| 利用開始(予定)日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 福祉用具の種目 | 　□ 車いす及び車いす付属品　　　　　□ 床ずれ防止用具　□ 特殊寝台及び特殊寝台付属品　　　□ 体位変換器　□ 認知症老人徘徊感知機器　　　　　□ 移動用リフト（つり具の部分を除く）　□ 自動排泄処理装置 |
| 基本調査結果の確認 | 　平成27年厚生労働省第94号告示第31号のイで定める状態像の者に□ 該当する　□基本調査の該当項目（　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　 □日常生活範囲における移動の支援が必要と判断（車いす及び付属品）　　　　　　 □生活環境において段差の解消が必要と判断（移動用リフト）□ いずれにも該当しない ⇒下記「医学的所見に基づく利用者の状態像」の確認 |
| 医学的所見に基づく利用者の状態像 | 　□ 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、頻繁に第94号告示第31号のイに該当する者　□ ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第94号告示第31号のイに該当することが確実に見込まれる者　□ 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第94号告示第31号のイに該当すると判断できる者 |
| 医学的所見の確認方法（添付書類②） | 　□ 主治医意見書　□ 医師の診断書（ケアプラン連絡票を含む。）等　□ 医師の医学的な所見を聴取 |
| サービス担当者会議の開催日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |

【添付書類】

① 要介護認定基本調査票

② 医学的所見の確認書類（医学的所見に基づく申請の場合に添付）

③ 居宅（介護予防）サービス計画書〔第1表・第2表〕

④ サービス担当者会議の要点

軽度者に対する福祉用具貸与に関する主治医意見

【被保険者】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 |  | 性別 |  |
| 住所 |  |

上記の介護保険被保険者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る所見は、下記のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| 記　 入　 日 |  |
| 医師氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 医療機関名 |  | 電話番号 |  |
| 医療機関住所 |  |

【必要な福祉用具】（下記のうち該当する □ をチェックしてください。）

|  |
| --- |
| □ 車いす　　　　　　　　　 □ 特殊寝台　　　　　　　　　　　　　　□ 床ずれ防止用具□ 車いす付属品　　　　　　 □ 特殊寝台付属品　　　　　　　　　　　□ 体位変換器　□ 認知症老人徘徊感知機器　 □ 移動用リフト（つり具の部分を除く）　□ 自動排泄処理装置 |

【福祉用具の利用が必要な状態像】（下記のうち該当する □ をチェックし、所見を記載してくださ。）

|  |  |
| --- | --- |
| □ ⅰ） 状態の変化 | 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によって、頻繁に第94条告示第31号のイに該当する者（原因となる疾病等）（症状等 |
| □ ⅱ） 急性増悪 | 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第94条告示第31号のイに該当することが確実に見込まれる者（原因となる疾病等）（症状等 |
| □ ⅱ） 医師禁忌 | 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第94条告示第31号のイに該当すると判断できる者（原因となる疾病等）（症状等 |

医師の医学的所見に係る確認書

　　　　　　年　　　月　　　日申請の「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付確認申請書」に伴う医師の医学的所見の確認について、下記のとおり実施しました。

　　被保険者情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者氏名 |  |

　医師（主治医）の医学的所見に係る情報

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 医師の氏名 |  |
| 聴取日時 | 　　　　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　　時　　　分頃 |
| 聴取方法 | * 電話　　　□ 面接　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 聴取内容 |  |

注）医師の所見を聴取する際は、当該福祉用具の貸与を必要とする次の事項を具体的に聴き取り、記録の上、添付してください。

① 疾病名を含む医学的な所見

② 疾病等に起因して起こり得る被保険者の状態変化

③ 日常的に困難となる被保険者の状態像（ⅰ)～ⅲ)のどの状態像に該当するか）

④ 福祉用具導入の有効性（日常的困難を回避する事項）等

　　　※　①～④の内容は、他の「医学的所見の確認書類」においても記載されていることがあります。