軽度者に係る福祉用具貸与費の例外給付の確認申請書

　　　年　　　月　　　日

十和田市長　　様

（提出者）

事業所名

事業所所在地（〒　　　－　　　　）

事業所電話（　　　　）　　－

担当者氏名

下記により、軽度者に係る福祉用具貸与費の例外給付について確認をお願いします。

**※該当する□にレ点を記入してください。また、下記Ａ～Ｉにチェックがある場合は申請書を提出してください。申請書提出の必要性については裏面の判断シートを参照してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　(要介護２・３のかたの例外給付対象種目は自動排泄処理装置のみ)  　　　　　　　□申請中  (認定有効期間)　　　　　年　　月　　日 ～ 　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２ | 福祉用具を必要とする理由 | □ | 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３の状態像に該当する。例）パーキンソン病の治療薬によるＯＮ・ＯＦＦ現象 | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 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３の状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる。例）がん末期の急速な状態悪化 | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 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３の状態像に該当すると判断できる。  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 | 確認を必要とする福祉用具、及び該当する状態像 | □ | 車いす及び車いす付属品 | | Ａ□ | 「日常的に歩行が困難な者」以外 | | | | | 基本調査１－７歩行「３．できない」以外 | | | | | | | |
| □ | 特殊寝台  及び特殊寝台付属品 | | Ｂ□ | 「日常的に起き上がりが困難な者」以外 | | | | | 基本調査１－４起き上がり「３．できない」以外 | | | | | | | |
| Ｃ□ | 「日常的に寝返りが困難な者」以外 | | | | | 基本調査１－３寝返り「３．できない」以外 | | | | | | | |
| □ | 床ずれ防止用具 | | Ｄ□ | 「日常的に寝返りが困難な者」以外 | | | | | Ｃと同じ判断 | | | | | | | |
| □ | 体位変換器 | | Ｅ□ | 「日常的に寝返りが困難な者」以外 | | | | | Ｃと同じ判断 | | | | | | | |
| □ | 認知症老人徘徊感知機器 | | Ｆ□ | 「意思の伝達、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」以外 | | | | | | | | | | | | |
| □ | 移動用リフト  （つり具の部分を除く） | | Ｇ□ | 「日常的に立ち上がりが困難な者」以外 | | | | | 基本調査１－８立ち上がり「３．できない」以外 | | | | | | | |
| Ｈ□ | 「移乗において一部介助又は全介助を必要とする者」以外 | | | | | 基本調査２－１移乗「３．一部介助」又は「４．全介助」以外 | | | | | | | |
|  |  | □ | 自動排泄処理装置 | | Ｉ□ | 「排便かつ移乗において全介助を必要とする者」以外 | | | | | 基本調査２－６排便、及び基本調査２－１移乗の、両方またはいずれかが「４．全介助」以外 | | | | | | | |
| ４ | 福祉用具を必要とする理由を確認した方法 | | | | ア□ | 主治医意見書 | | | | | | | | | | | | |
| イ□ | 医師の診断書等（主治医連絡票を含む） | | | | | | | | | | | | |
| ウ□ | 医師からの所見を聴取（経過記録等で、日時・方法・内容・医師名が記録された書面） | | | | | | | | | | | | |
| ５ | 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（第１～３表）、②サービス担当者会議の要点、③福祉用具を必要とする理由が確認できる書類（上記ア～ウのいずれかの写し、必要とする理由の箇所にラインマーカー等を引くこと。）

【十和田市記入欄】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

下記福祉用具貸与種目に対する例外給付の要件（確認不可の種目は除く）を確認しました。

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　裁 | 課　長 | 課長補佐 | 係　長 | 担　当 | 受　付 |
|  |  |  |  |  |

