軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認申請書　　　　　　　　[様式１]

令和　　年　　月　　日

人吉市高齢者支援課長　様

事業所名

所在地

代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

１　基本情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 被保険者住所 | 〒 | | |
| 要介護度区分 | □　要支援１　□　要支援２　□　要介護１　□要介護２　□　要介護３ | | |
| 有効期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 | | |
| 福祉用具 | □車いす及び車いす付属品（自走用・介助用・電動・その他（　　　　　　　　 ））  □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　　　　　　　　□移動用リフト（つり具部分を除く）  □自動排泄処理装置 | | |
| ２　状態像について　※認定調査票を転記すること。 | | | |
| 寝　返　り　　□つかまらないでできる　□何かにつかまればできる　□できない | | | |
| 起き上がり　　□つかまらないでできる　□何かにつかまればできる　□できない | | | |
| 歩　　　行　　□つかまらないでできる　□何かにつかまればできる　□できない | | | |
| 移　　　乗　　□介助されていない　　　□見守り等　　□一部介助　　□全介助 | | | |
| 移　　　動　　□介助されていない　　　□見守り等　　□一部介助　　□全介助 | | | |
| 立ち上がり　　□つかまらないでできる　□何かにつかまればできる　□できない | | | |

３　福祉用具貸与算定の判定基準（別表Ａ）のうち次に該当する場合

* ア「車いすおよび車いす付属品」（二）

□　オ「移動用リフト」生活環境において段差の解消が必要と認められる者

４　福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ）の判定

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 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95号告示第25号のイに該当する者（例：パーキンソン病の治療薬によるＯＮ・ＯＦＦ現象） |
| □ | 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95号告示第25号のイに該当するに至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） |
| □ | 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95号告示第25号のイに該当すると判断できる者（例：ぜんそく発作などによる呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避） |
| 上記を確認した根拠　　□主治医意見書　□医師の診断書　□その他（　　　　　　　　　　　） | |
| ５　担当の介護支援専門員等の必要性の意見   |  | | --- | | 担当者 |   (注意)  ○ 添付書類（医師の氏名、所見及び当該福祉用具貸与が必要な理由などが記載されていること）  １）医学的な所見の確認書類（主治医意見書・医師の診断書等）  ２）介護予防支援経過記録、若しくはサービス担当者会議の要点  ３）介護予防サービス・支援計画表、若しくは居宅介護サービス計画書 | |

（市確認欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 確　認　日 | 確　　　　　認　　　　　結　　　　　果 |
| .　　　. | □　要　　□　否（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |