

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する届出書

八百津町長 様

介護保険軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関して、次の被保険者が第23号告示第21号のイで定める状態像に該当する者であることについて下記のとおり届出します。

| | | | |
|----------------------------|---|-------|----------|
| | | 届出年月日 | 平成 年 月 日 |
| 届出者 (計画作成担当者) | ⑤ | 電話番号 | |
| 居宅介護 (介護予防) 支援事業者 住所・名称 | | | |

| | | | | |
|------------------|---------|-------------------------------------|--------|--------|
| 被 保 険 者 | 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | 050000 |
| | 住 所 | | | |
| | 要介護状態区分 | 要支援1・要支援2・要介護1・認定申請中 (申請日:平成 年 月 日) | | |
| | 認定有効期間 | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 | | |

| | | | |
|-------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|--|
| 貸与が可能な福祉用具及び該当する状態像 (該当に○) | ア 車いす及び車いす付属品 | (1) 日常的に歩行が困難な者 | 基本調査1-7 |
| | | (2) 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 | 主治の医師からの情報及びサービス担当者会議 ※下記 |
| | イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品 | (1) 日常的に起きあがり困難な者 | 基本調査1-4 |
| | | (2) 日常的に寝返りが困難な者 | 基本調査1-3 |
| | ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器 | (1) 日常的に寝返りが困難な者 | 基本調査1-3 |
| | エ 認知症老人徘徊感知器 | (1) 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 基本調査3-2~3-7 基本調査3-8~4-15 主治医意見書 |
| | | (2) 移動において全介助を必要としない者 | 基本調査2-2 |
| | オ 移動用リフト (つり具の部分を除く) | (1) 日常的に立ち上がりが困難な者 | 基本調査1-8 |
| | | (2) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 | 基本調査2-1 |
| | | (3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者 | 主治の医師からの情報及びサービス担当者会議 ※下記 |

※ア(2)、オ(3)の状態像に該当することを判断した内容

| | | |
|--------------------------|-----------------|----------|
| サービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメント | サービス担当者会議実施日 | 平成 年 月 日 |
| | 貸与が必要と判断した理由状況等 | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

※ア(2)、オ(3)の場合の添付書類 ~ ①ケアプラン(1表・2表)(介護予防ケアプラン)⑤ ②サービス担当者会議の記録(4表・5表)(介護予防支援経過記録)⑤
※理由欄等スペースが不足する場合は別紙(様式任意)に記載してください。

| | |
|------------|------------|
| 利用開始日(予定日) | 平成 年 月 日 ~ |
| 福祉用具貸与事業者 | 電話番号 |

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

八百津町長 様

介護保険軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関して、次の被保険者が下記Ⅰ)～Ⅲ)の状態像に該当することが医師の意見(医学的所見)に基づき判断され、サービス担当者会議等を経た適切なケアマネジメントの結果を踏まえていることについて下記のとおり確認を依頼します。

| | | |
|--------------------------|-------|----------|
| 届出者(計画作成担当者) | 申請年月日 | 平成 年 月 日 |
| | 電話番号 | |
| 居宅介護(介護予防)支援事業者 住所・名称 | | |

| | | | |
|------------------|---------|------------------------------------|--------|
| 被 保 険 者 | 被保険者氏名 | 被保険者番号 | 050000 |
| | 住 所 | | |
| | 要介護状態区分 | 要支援1・要支援2・要介護1・認定申請中(申請日:平成 年 月 日) | |
| | 認定有効期間 | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 | |

| | | | | |
|-------------------------------|--------------|--|----------|--|
| 医 学 的 所 見 | 該当する状態像に○ | 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23号告示第21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、短期間のうちに頻繁に第23号告示第21号のイに該当するに至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23号告示第21号のイに該当すると判断される者 | | |
| | 医療機関名 | 電話番号 | | |
| | 主治医氏名 | 所見確認日 | 平成 年 月 日 | |
| | 医学的所見の確認方法 | 主治医意見書・医師の診断書等・その他() | | |
| 貸与が必要と判断した福祉用具 | 種類(該当に○) | ア 車いす イ 車いす付属品 ウ 特殊寝台 エ 特殊寝台付属品 オ 床ずれ防止用具 カ 体位変換器 キ 認知症老人徘徊感知器 ク 移動用リフト(つり具部分除く) | | |
| | 利用開始日(予定) | 平成 年 月 日 ~ | | |
| | 福祉用具貸与事業所 | 事業所名 | | |
| | | 電話番号 | | |
| 福祉用具貸与が特に必要な理由・状況(ケアマネジメント結果) | サービス担当者会議実施日 | 平成 年 月 日 | | |
| | 理由状況等 | | | |

添付書類 ~ ①ケアプラン(1表・2表)(介護予防ケアプラン)② ②医学的所見の確認書類③ ③サービス担当者会議の記録(4表・5表)(介護予防支援記録)④ ※理由欄等スペース不足の場合は別紙(様式任意)に記載してください。

上記の居宅介護(介護予防)支援事業所が、軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関して必要な一切の手続きを行うこと、その結果等について福祉用具貸与事業者に提示すること及びこの申請に係る確認に必要な場合は八百津町が私の心身の状態等必要な事項について調査することに同意します。

本人氏名 _____

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する主治医所見聴取記録

| | | |
|---|------------|---|
| 1 | 聴取年月日 | 平成 年 月 日 |
| 2 | 被保険者氏名 | |
| | 被保険者番号 | 050000 |
| | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日生 |
| | 住所 | |
| 3 | 主治医氏名 | |
| | 医療機関名 | |
| | 所在地 | |
| | 電話番号 | () - |
| 4 | 聴取方法 | 訪問して聴取・電話にて聴取・その他 () |
| | 聴取内容 | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| 5 | 支援事業所名 | |
| | 計画作成者担当者氏名 | (印) |