

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

(宛先) 志摩市長

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。

		申請年月日	年 月 日
申請者(計画作成担当者)		電話番号	
居宅介護(介護予防)支援事業者名			

被 保 険 者	被保険者氏名		被保険者番号	
	住 所			
	要介護度	要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 認定申請中		
	認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日		

医 学 的 所 見		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 9 4 号告示第 3 1 号のイに該当する者		
		ii) 疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、短期間のうちに第 9 4 号告示第 3 1 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 9 4 号告示第 3 1 号のイに該当すると判断できる者		
	医療機関名		電話番号	
	担当医師名		所見確認日	年 月 日
	所見内容			

※第 9 4 号告示第 3 1 号のイに該当する者については、裏面を参照してください。

貸与が必要と判断した福祉用具	種 目	ア 車いす及び車いす付属品 イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品 ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器 エ 認知症老人徘徊感知機器 オ 移動用リフト カ 自動排泄処理装置		
	利用開始日(予定)	年 月 日～		
	福祉用具貸与事業所	事業所名		
		事業者番号		

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		年 月 日
	理由 状況 等		

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、及びその結果について福祉用具貸与事業者に提示することに同意します。

本人氏名

厚生労働大臣が定める者等（平成27年厚生労働省告示第94号）

第31号のイ 次に掲げる福祉用具の種類に応じ、それぞれ次に掲げる者

- (1) 車いす及び車いす付属品 次のいずれかに該当する者
 - (一) 日常的に歩行が困難な者
 - (二) 日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者
- (2) 特殊寝台及び特殊寝台付属品 次のいずれかに該当する者
 - (一) 日常的に起きあがりが困難な者
 - (二) 日常的に寝返りが困難な者
- (3) 床ずれ防止用具及び体位変換器
日常的に寝返りが困難な者
- (4) 認知症老人徘徊感知機器 次のいずれにも該当する者
 - (一) 意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者
 - (二) 移動において全介助を必要としない者
- (5) 移動用リフト(つり具の部分を除く。) 次のいずれかに該当する者
 - (一) 日常的に立ち上がりが困難な者
 - (二) 移乗において一部介助又は全介助を必要とする者
 - (三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者
- (6) 自動排泄処理装置 次のいずれにも該当する者
 - (一) 排便において全介助を必要とする者
 - (二) 移乗において全介助を必要とする者