

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認申請書

年 月 日

宇城市長 様

申請者 事業所住所
事業所名
管理者名
電話番号
担 当 者



次の被保険者に対する福祉用具貸与又は介護予防福祉用具貸与について、例外給付の確認を申請します。

1. 被保険者・貸与希望品目

被保険者氏名		被保険者番号	
住所及び電話番号	〒 ー 電話番号 ()		
要介護度	☐ 要支援 1 ☐ 要支援 2 ☐ 要介護 1 ☐ 要介護 2 ☐ 要介護 3		
貸与希望品目	☐ 車いす ☐ 車いす付属品 ☐ 特殊寝台 ☐ 特殊寝台付属品 ☐ 床ずれ防止用具 ☐ 体位変換器 ☐ 認知症老人徘徊感知機器 ☐ 移動用リフト ☐ 自動排泄処理装置		
利用開始 (予定) 年月日	年 月 日 ※確認申請日以後の日付を記入		

2. 例外給付要件に該当すること（①又は②に該当すること）

☐ ① 基本調査票で可否の判断ができない項目に該当する者 ☐ 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（車いす及び車いす付属品） ☐ 生活環境において段差の解消が必要と認められる者（移動用リフト） ☐ ② 医師の医学的所見に基づき（i）（ii）（iii）のいずれかの状態像に該当すると判断される者 ☐ （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、頻繁に利用者等告示第 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、短期間のうちに利用者等告示第 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利用者告示第 31 号のイに該当できる者
--

3. サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより必要性が判断されていること

サービス担当者会議開催日	年 月 日
特に必要と判断した理由 ※詳細に記入してください	

4. 添付書類

- | | |
|--|--|
| ☐ 医師の医学的所見（様式第 2 号） | ☐ サービス担当者会議の要点 |
| ☐ ケアプラン | ☐ 貸与希望福祉用具のカタログ |

(様式第 2 号)

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付にかかる医学的所見について

記入日 年 月 日

宇城市長様

医療機関住所
医療機関名
担当医師氏名

被保険者氏名		被保険者番号	
住 所	〒 ー		

※ 下欄の記入及び該当の□欄にチェックをお願いします。

診断名		最終診察日	平成 年 月 日
症状・経過 及び 福祉用具の必要性			
例外給付要件に 該当する状態像 ※①又は②に該当	☐ ① 基本調査票で可否の判断ができない項目に該当する者 ☐ 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（車いす及び車いす付属品） ☐ 生活環境において段差の解消が必要と認められる者（移動用リフト） ☐ ② （i）（ii）（iii）のいずれかの状態像に該当すると判断される者 ☐ （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、頻繁に利用者等告示第 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、短期間のうちに利用者等告示第 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利用者告示第 31 号のイに該当できる者		
必要な福祉用具の 種類	☐ 車いす ☐ 車いす付属品 ☐ 特殊寝台 ☐ 特殊寝台付属品 ☐ 床ずれ防止用具 ☐ 体位変換器 ☐ 認知症老人徘徊感知機器 ☐ 移動用リフト ☐ 自動排泄処理装置		

※厚生労働省 告示第 94 号第 31 号イ（平成 27 年 3 月 31 日）

- | | |
|--|---|
| (1) 車いす及び車いす付属品
(①②いずれかに該当) | ① 日常的に歩行が困難な者
② 日常生活範囲において移動の支援が特に必要であると認められる者 |
| (2) 特殊寝台及び特殊寝台付属品
(①②いずれかに該当) | ① 日常的に起き上がりが困難な者
② 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 | ① 日常的に寝返りが困難な者 |
| (4) 認知症老人徘徊感知機器
(①②いずれかに該当) | 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
② 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。）
(①②③いずれかに該当) | ① 日常的に立ち上がりが困難な者
② 移乗が一部介助または全介助を必要とする者
③ 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
(①②いずれかに該当) | ① 排便が全介助を必要とする者
② 移乗が全介助を必要とする者 |

(様式第3号)

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付にかかる調査書

調査日 年 月 日
記入者 印

被保険者氏名		被保険者番号	
住 所	〒 ー		

調査項目		調査結果	特記事項
心身の状況	麻痺	☐ ない ☐ 左上肢 ☐ 右上肢 ☐ 左下肢 ☐ 右下肢 ☐ その他	
	拘縮	☐ ない ☐ 肩関節 ☐ 股関節 ☐ 膝関節 ☐ その他()	
	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	
	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	
	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	
	排便	☐ 介助されていない ☐ 見守り等 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	他者への 意思の伝達	☐ できる ☐ ときどきできる ☐ ほとんどできない ☐ できない	
	記憶・理解	☐ できる ☐ できない (日課 生年月日・年齢 短期記憶 名前 季節 場所) ※できないものに○をつけること	
	問題行動	☐ あり () ☐ なし	
	その他		

貸与希望福祉用具名 ()	福祉用具の必要性 (有 ・ 無)
理 由 ※ 必要性の判断理由について所感を調査内容から具体的に記入すること。	