**軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る確認書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所　名 | |  | | |
| 計画作成担当者氏名 | |  | | |
| 連絡先 | TEL |  | FAX |  |

下記について，福祉用具貸与の例外給付の申請をします。

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | | | 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護状態区分 | □認定済  □申請中（暫定） | | □要支援（　　　）　□要介護（　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年　　　　月　　　　日　～　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象種目 | □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（つり具の部分を除く）  □自動排泄処理装置（尿のみを自動吸引するものを除く） | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師による　　　　　　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，頻繁に福祉用具が必要な状態に該当する。（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，短期間のうちに福祉用具が必要な状態にな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）  □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福祉用具が必要な状態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） | | | | | | | | | | | | | | |
| 貸与開始年月日 | 年　　　　月　　 　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス担当者会議 | 開催日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | 要支援 | | | | 要介護 | | | | | | | | | | |
| □　介護予防サービス・支援計画書  □　サービス担当者会議の要点（支援経過）  □　医師による医学的所見 | | | | □　居宅サービス計画書（１，２，４表）  □　医師による医学的所見 | | | | | | | | | | |
| ※原則、サービス利用開始前に提出してください。 | | | | | | | | | | | | | | |

【保険者記入欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認日 | 年　　　　月　　　　日 | |
| 結　果 | 可 | ケアマネジメントが適切に行われ，福祉用具貸与が必要であると確認ができました。  （備考） |
| 不可 | （理由) |

※車いす及び車いす付属品、移動用リフト（段差解消機）の貸与については、老企第36号 第2の9（2）に基づき，

指定居宅介護（介護予防）支援事業者が判断できる場合は、例外給付の申請は不要です。

※移動用リフトの「昇降座椅子」「バスリフト」は，厚生労働大臣が定める者（利用者等告示第三十一号のイ）に該当しない場合は，例外給付の申請が必要です。

※利用者の状態像の変化により福祉用具の新たな対象種目の追加・変更が必要となれば，再度例外給付の申請が必要です。