

# 軽度者に係る福祉用具貸与費の例外給付の確認書

年 月 日

伊予市長 殿

事業所名称

住所

連絡先

介護支援専門員名

下記のとおり、軽度者に係る福祉用具貸与費の例外給付の確認書を提出します。

確認書の提出	<input type="checkbox"/> 新規 ・ <input type="checkbox"/> 継続	
フリガナ	被保険者番号	
被保険者名		
生年月日	<input type="checkbox"/> 大 ・ <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日	年 齢 歳
住 所	〒	
要介護区分	<input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 要支援 1 ・ <input type="checkbox"/> 要支援 2	
認定有効期限	年 月 日 ～ 年 月 日	
意見書における認知症高齢者自立度	<input type="checkbox"/> 自立 ・ <input type="checkbox"/> I ・ <input type="checkbox"/> IIa ・ <input type="checkbox"/> IIb ・ <input type="checkbox"/> IIIa ・ <input type="checkbox"/> IIIb ・ <input type="checkbox"/> IV ・ <input type="checkbox"/> M	
①福祉用具の種目及び基本調査の結果	<input type="checkbox"/> 車椅子及び車椅子付属品	<input type="checkbox"/> (1) 基本調査「1-7.歩行」⇒「できない」
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 【(1)・(2)いずれかに該当】	<input type="checkbox"/> (1) 基本調査「1-3.寝返り」⇒「できない」 <input type="checkbox"/> (2) 基本調査「1-4.起き上がり」⇒「できない」
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器	<input type="checkbox"/> (1) 基本調査「1-3.寝返り」⇒「できない」
	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 【(1)～(4)のいずれか及び(5)いずれにも該当】	<input type="checkbox"/> (1) 基本調査「3-1.意思の伝達」⇒「できる」以外 <input type="checkbox"/> (2) 基本調査「3-2～3-7」のいずれか⇒「できない」 <input type="checkbox"/> (3) 基本調査「3-8～4-15」のいずれか⇒「ない」以外 <input type="checkbox"/> (4) 主治医意見書に認知症がある旨記載がある <input type="checkbox"/> (5) 基本調査「2-2.移動」⇒「全介助」以外
	<input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く) 【(1)・(2)いずれかに該当】	<input type="checkbox"/> (1) 基本調査「1-8.立ち上がり」⇒「できない」 <input type="checkbox"/> (2) 基本調査「2-1.移乗」⇒「一部介助」又は「全介助」
	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置※要介護4・5のみ 【(1)・(2)いずれにも該当】	<input type="checkbox"/> (1) 基本調査「2-6.排便」⇒「全介助」 <input type="checkbox"/> (2) 基本調査「2-1.移乗」⇒「全介助」
	②該当する利用者の状態像	<input type="checkbox"/> 1) 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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者
<input type="checkbox"/> 2) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者		
<input type="checkbox"/> 3) 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回避等医学的見地から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者		
	上記が確認できる資料	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 主治医相談票
③利用者の疾病名及び病状や心身の状態等 ※		
④利用者が福祉用具を必要と判断した理由 ※		

※ ①の基本情報の結果で客観的に必要性が判断できる際には、確認書のみ提出して下さい。その場合、②・③・④への記載は不要です。

※ 基本調査の結果で客観的に判断できない場合の添付書類

■ 要介護の場合 主治医相談票、居宅サービス計画書第1表～第4表

■ 要支援の場合 主治医相談票、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