

軽度者に対する福祉用具の例外給付確認申請書

新規 ・ 継続		提出日 令和 年 月 日										
フリガナ			保険者番号				1	3	2	0	2	7
被保険者氏名			被保険者番号		0	0	0	0				
生年月日	明・大・昭 年 月 日(才)											
要介護度	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 (☐ 要介護2・3 ※①自動排泄処理装置のみ) ☐ 認定申請中(新規・区変・更新)											
認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		サービス担当者会議開催日		令和 年 月 日							
			利用開始予定日		令和 年 月 日							
居宅介護(予防)支援事業者	所在地: 〒 事業者名: 電話番号:					担当者						
確認を必要とする福祉用具及び状態像	☐ 電動車いす※② ☐ 特殊寝台 ☐ 特殊寝台付属品 ☐ 床ずれ防止器具 ☐ 体位変換器 ☐ 認知症老人徘徊感知機器 ☐ 自動排泄処理装置											
利用者の状態像 (電動車いすの場合、 チェックは必要なし)	☐ 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、頻繁に下記の状態像に該当する											
	☐ II) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに下記の状態像に該当することが確実に見込まれる											
	☐ 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下記の状態像に該当すると判断できる											
福祉用具を必要とする理由を 確認した方法 (医師の医学的な所見)	☐ サービス担当者に対する照会(依頼)内容～立川市版 ☐ 主治医意見書 ☐ 医師の診断書等 ☐ 介護支援専門員が医師の医学的な所見を聴取 ※③		医療機関 担当医 ※④	医療機関名		担当医師名						
				(TEL)								
添付書類	・サービス担当者会議の要点(第4表またはE表) ・医師の医学的な所見が記載された書類 ・居宅サービス計画書(第1・2・3表またはA・B・C・D表) ・福祉用具のパフレットの写し ・福祉用具サービス計画書※⑤											

※① 自動排泄処理装置は原則、要介護4と要介護5のみが対象です。

※② 厚生労働大臣が定める者のイ(利用が想定される状態像)が基本調査の結果になっている、また、アの(二)車いすにおいて「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」場合及びオの(三)移動用リフトにおいて「生活環境において段差の解消が必要と認められる」場合は、主治医の意見を踏まえサービス担当者会議等を開催するなどの適切なケアマネジメントを通じて居宅介護(介護予防)支援事業者が判断した後、給付対象となるため市への申請は不要です。ただし、立川市において、電動車いすについては申請を必要とします。

※③ サービス担当者会議の要点(第4表またはE表)に医師の氏名・医療機関名・聴取日・聴取方法(電話、面接等)・聴取内容を記載してください。

※④ 必要とする福祉用具の医学的な所見をいただいた医療機関・担当医・電話番号を記載してください(主治医とは限りません)。

※⑤ 「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第37号)」の(福祉用具貸与計画の作成)第199条の2に規定されています。

最後に保険者が確認した後、給付対象となります。

保 険 者 確 認 欄	

|