

## 軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付に関する確認申請書（新規・継続）

福祉用具貸与の例外給付について、貸与が必要な状態である確認を、葛飾区が行うことについて申請します。

以下は、居宅介護（介護予防）支援事業所の計画作成担当者が記入してください。

|                     |   |        |                          |
|---------------------|---|--------|--------------------------|
| 1 被保険者情報            |   |        |                          |
| 氏名                  |   | 被保険者番号 |                          |
| 住所                  |   | 電話番号   |                          |
| 生年月日                | 明・大・昭 年 月 日（男・女）  | 認定有効期間 | 平成 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで |
| 要介護度                | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2・3 <input type="checkbox"/> 認定申請中  |        |                          |
| 2 担当居宅介護（介護予防）支援事業所 |   |        |                          |
| 事業所名                |   | 住所     |                          |
| 担当者氏名               |   | 電話番号   |                          |
| 3 例外給付の判断           |   |        |                          |
| ①該当する被保険者の状態像       | <input type="checkbox"/> 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95号告示第31号のイに該当する者（例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象）  |        |                          |
|                     | <input type="checkbox"/> ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第31号のイに該当することが確実に見込まれる者（例 がん末期の急速な状態悪化）   |        |                          |
|                     | <input type="checkbox"/> 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95号告示第31号のイに該当すると判断できる者（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）   |        |                          |
| ②必要とする福祉用具種目        | <input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具<br><input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く。）<br><input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。） |        |                          |
| ③主治医から得た情報          | <input type="checkbox"/> 主治医意見書（被保険者の疾病及び身体状況に基づいて、用具の必要性が記載されているもの）<br><input type="checkbox"/> 診断書（被保険者の疾病及び身体状況に基づいて、用具の必要性が記載されているもの）<br><input type="checkbox"/> 軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付に関する主治医所見聴取記録（医師からの意見聴取）   |        |                          |
| 4 サービス担当者会議開催日      | 令和 年 月 日  |        |                          |

※この申請書に下記の①②の書類を添付してください（各1部）。

①主治医から得た情報（主治医意見書又は診断書又は軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付に関する主治医所見聴取記録）

②介護給付第4表又は予防給付E表<サービス担当者会議において被保険者が福祉用具の貸与を必要とする状態であると認めた理由>

<葛飾区記入欄>

|   |             |             |            |
|---|-------------|-------------|------------|
| 居宅介護支援事業者あて   |             |             |            |
| 福祉用具貸与が必要な状態に該当すると判断されていることを  |             |             |            |
| <input type="checkbox"/> 確認します <input type="checkbox"/> 確認できません   |             |             |            |
| 対象福祉用具種目  |             |             |            |
| <input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具<br><input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く。）<br><input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。） |             |             |            |
| 認定期間  | 平成 年 月 日 から | 令和 年 月 日 まで |            |
| 申請のあった軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付に関する確認申請を上記のとおり確認しました。   |             |             |            |
| 令和 年 月 日  |             |             |            |
| 葛飾区介護保険課長   | 決裁          | 課長          | 給付係長    担当 |



## 軽度者に係る福祉用具貸与の連絡票

軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付について、貸与が必要な状態であることを、事前に葛飾区へ連絡いたします。  
 ※要介護認定申請中の場合又は申請書の提出が遅れる場合は、この連絡票の提出日を受付日(貸与開始日)とみなします(窓口・FAXにて受付可。)。以下は、居宅介護(介護予防)支援事業所の計画作成担当者が記入してください。

|                         |  |              |  |
|-------------------------|--|--------------|--|
| 被保険者番号                  |  |              |  |
| ※FAXの場合は個人情報を保護するため記入不要 |  |              |  |
| 被保険者氏名                  |  | 被保険者<br>生年月日 |  |
| 要介護度                    | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2・3 <input type="checkbox"/> 認定申請中   |              |  |
| 対象福祉用具<br>種目            | <input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具<br><input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器<br><input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く。)<br><input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。) |              |  |
| 貸与開始日<br>(予定日)          | 令和    年    月    日    から    令和    年    月    日    まで   |              |  |
| 居宅介護支援<br>事業所名          |  | 電話番号         |  |
| 担当介護支援<br>専門員名          |  |              |  |

-----  
 <葛飾区記入欄>

|         |  |  |   |
|---------|--|--|---|
| 連絡受付項目  | <b>書類不備あり</b><br><input type="checkbox"/> 確認申請書<br><input type="checkbox"/> 主治医意見書類<br><input type="checkbox"/> サービス担当者会議録 | <b>申請書・要介護認定結果まち</b><br>結果予定 (    /    )<br>認定結果 (    /    )<br><input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護2・3<br>要介護1<br><input type="checkbox"/> 要介護4以上<br>資格喪失 (    /    ) | <b>連絡票処理結果</b><br><input type="checkbox"/> 取下げ <input type="checkbox"/> 保留<br><br><b>事業所へ連絡</b><br><input type="checkbox"/> 済 (    /    ) |
|         | <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> FAX   | 連絡受付担当者  |   |
| 備考(メモ)欄 |  |  | 連絡受付<br>年月日   |