

※裏面の表に当てはまらず、市の確認をもって給付の可否を判断する場合に提出してください。

介護保険 軽度者にかかる福祉用具貸与の例外給付 確認書

氷見市長 あて

令和 年 月 日

居宅介護支援事業所	
介護支援専門員氏名	

被 保 険 者	被保険者番号									生年月日
	フリガナ									明・大・昭
	氏名									年 月 日
										性別 男・女
	住所	〒 - 電話番号 () -								
要介護認定	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3									
認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日									

種目	厚生労働大臣が定める者のイ	医師の医学的な所見
<input type="checkbox"/> 車椅子 (どちらかに○) (自走式・セニアカー) <input type="checkbox"/> 車椅子付属品 ()	<input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 ()	<input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者	
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者	<input type="checkbox"/> 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該当するに至ることが確実に見込まれる者
<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/> 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り、かつ移動において全介助を必要としない者	
<input type="checkbox"/> 移動用リフト (つり具の部分を除く)	<input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 移動が一部介助又は全介助を必要とする者 <input type="checkbox"/> 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/> 排便が全介助を必要とし、かつ移乗が全介助を必要とする者	
医師への確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書等 (添付する) <input type="checkbox"/> 担当の介護支援専門員の聞き取りによる確認 (年 月 日)	

※添付書類：サービス担当者会議の記録、介護（予防）サービス計画

上記の者は、例外的に福祉用具貸与が必要と思われるので確認願います。

上記の者は、指定（介護予防）福祉用具の貸与について、例外的に給付が認められる状態像であると（ 確認しました。 ・ 確認できませんでした。 ）

【確認できない理由】

【確認期間】 令和 年 月 ～ 令和 年 月まで
氷見市長

給付の可否の判断表（※確認書等の提出は不要）

対象外種目	厚生労働大臣が定める者のイ	厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果	判断基準
ア 車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者 （一）日常的に歩行が困難な者	基本調査 1-7 「3. できない」	左記の結果の場合、 <u>給付可</u>
	（二）日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者	<u>該当する基本調査結果なし</u> →居宅介護支援事業者等が判断	<u>給付可</u> ただし、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判断
イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 （一）日常的に起きあがり困難な者	基本調査 1-4 「3. できない」	左記の結果の場合、 <u>給付可</u>
	（二）日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1-3 「3. できない」	
ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1-3 「3. できない」	
エ 認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者 （一）意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者	基本調査 3-1 「1. 調査対象者が意見を他者に伝達できる」以外 又は 基本調査 3-2～3-7 のいずれか 「2. できない」 又は 基本調査 3-8～4-15 のいずれか 「1. ない」以外 その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。	
	（二）移動において全介助を必要としない者	基本調査 2-2 「4. 全介助」以外	
オ 移動用リフト（つり具の部分を除く。）	次のいずれかに該当する者 （一）日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査 1-8 「3. できない」	
	（二）移乗において一部介助又は全介助を必要とする者	基本調査 2-1 「3. 一部介助」又は 「4. 全介助」	<u>給付可</u> ただし、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判断
	（三）生活環境において段差の解消が必要と認められる者	<u>該当する基本調査結果なし</u> →居宅介護支援事業者等が判断	
カ 自動排泄処理装置	次のいずれにも該当する者 （一）排便において全介助を必要とする者	基本調査 2-6 「4. 全介助」	左記の結果の場合、 <u>給付可</u>
	（二）移乗において全介助を必要とする者	基本調査 2-1 「4. 全介助」	

→上記に当てはまらない場合は、市の確認により判断するため、表面の確認書等の提出が必要。