

福祉用具貸与の例外利用者に関する届出書

【福生市】

年 月 日

居宅介護（介護予防）支援事業者名	届出者氏名 （担当ケアマネジャー）	
	連絡先	

次のとおり、軽度者の福祉用具貸与の例外利用者に関して届出します。

フリガナ		保険者番号	1 3 2 1 8 3
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女
要介護度	要支援1 要支援2 要介護1 （要介護2 要介護3）	福祉用具貸与の区分	新規 ・ 継続
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	利用開始（予定）日	年 月 日
福祉用具貸与事業所名		福祉用具貸与事業所番号	
福祉用具の商品名または型番		福祉用具のメーカー名	

対象外種目にチェックしてください。		市記入欄（事業所の方は記入しないで下さい）				
対象外種目	提出書類	福祉用具例外利用 必要 ・ 不要	提出書類			
<input type="checkbox"/> ア 車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/> カタログ <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書（第1表～第3表） 介護予防サービス・支援計画票（1/3～3/3） <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点 <input type="checkbox"/> 貸与品目に関する主治医の意見が確認できるもの	使用許可連絡 年 月 日	<input type="checkbox"/> 届出書 <input type="checkbox"/> カタログ <input type="checkbox"/> ケアプラン			
<input type="checkbox"/> イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品		連絡方法 通知 ・ 窓口 ・ 電話				
<input type="checkbox"/> ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器		【備考】		係員	係長	課長
<input type="checkbox"/> エ 認知症老人徘徊感知機器				決 裁 欄		
<input type="checkbox"/> オ 移動用リフト（つり具の部分を除く）						
<input type="checkbox"/> カ 自動排泄処理装置						
<input type="checkbox"/> キ 医師の所見に基づく福祉用具例外利用						

対象外種目	例外に該当する者	要介護認定結果等
ア 車いす及び車いす付属品 (①・②のいずれかに該当する者)	①日常的に歩行が困難な者	基本調査1-7 歩行「3. できない」
	②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	認定調査結果がないため、主治医の意見を踏まえつつ、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、指定介護予防支援事業者又は指定居宅介護支援事業者が判断
イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品 (①・②のいずれかに該当する者)	①日常的に起き上がりが困難な者	基本調査1-4 起き上がり「3. できない」
	②日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3 寝返り「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 寝返り「3. できない」
エ 認知症老人徘徊感知機器 (①・②のいずれにも該当する者)	①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る者	基本調査3-1 意思の伝達「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外 又は 基本調査3-2～基本調査3-7のいずれか「2. できない」 又は 基本調査3-8～基本調査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。 基本調査2-2 移動 「4. 全介助」以外
	②移動において全介助を必要としない者	基本調査2-2 移動 「4. 全介助」以外
オ 移動用リフト（つり具の部分を除く） (①・②・③のいずれかに該当する者)	①日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査1-8 立ち上がり 「3. できない」
	②移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	基本調査2-1 移乗「3. 一部介助」又は「4. 全介助」
	③生活環境において段差の解消が必要と認められる者	認定調査結果がないため、主治医の意見を踏まえつつ、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、指定介護予防支援事業者又は指定居宅介護支援事業者が判断
カ 自動排泄処理装置 (①・②のいずれにも該当する者)	①排便が全介助を必要とする者	基本調査2-6 排便「4. 全介助」
	②移乗が全介助を必要とする者	基本調査2-1 移乗「4. 全介助」
キ 医師の所見に基づく福祉用具例外利用 (上記ア～カ 全種目共通)	疾病その他の原因により、状態が変動しやすい者、急性増悪の可能性のある者及び福祉用具の利用により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化を回避できる者	医師の医学的な所見に基づく判断及び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の指定介護予防支援事業者又は指定居宅介護支援事業者の判断及び書面等による市町村の判断
<p>《提出書類に関する注意事項》</p> <p>※調査結果を確認し、福祉用具貸与の例外利用者に関する届出書と貸与する福祉用具のカタログのコピーを提出してください。（提出書類の口にチェックを入れてください）</p> <p>※調査結果を確認し、ア-②、オ-③、キの該当者につきましては、ケアプラン（以下Ⅰ～Ⅲ）の提出が必要です。（提出書類の口にチェックを入れてください。）</p> <p>Ⅰ 居宅サービス計画書（第1表～第3表）または介護予防サービス・支援計画表（1/3～3/3）</p> <p>Ⅱ サービス担当者会議の要点（第4・5表等）</p> <p>Ⅲ 貸与品目に関する主治医の意見が確認できるもの（例 主治医への照会資料）</p> <p>提出後内容の確認をさせていただきます。なお、不明な点がある場合には、追加資料の提出依頼や調査をすることもありますのでよろしくお願いします。</p>		