

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付にかかる届出書

(あて先) 津市長 令和 年 月 日

下記に必要事項をご記入の上、居宅サービス計画書第1～4表（要支援の方については介護予防サービス・支援計画書、担当者会議の要点または支援経過記録、利用票及び利用票別表）を添えて、介護保険課介護保険担当まで提出してください。また、例外給付の対象となる状態像について、診断書もしくは意見書で確認できる場合はそれらも添付してください。

事業所名		事業所担当者名	
事業所電話番号	()	事業所FAX番号	()
被保険者番号		被保険者氏名	(歳)
被保険者住所及び電話番号	電話： ()		
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 <input type="checkbox"/> 要介護3
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

※該当する項目にチェックしてください。

種目	直近の認定調査票基本調査結果
<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 付属品 ※特殊寝台と一体的に使用される場合に限る	<ul style="list-style-type: none"> ● 1-3「寝返り」 <input type="checkbox"/> 1：つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 2：何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> 3：できない → ※1 ● 1-4「起き上がり」 <input type="checkbox"/> 1：つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 2：何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> 3：できない → ※1 <p>※1のいずれかにチェックがつく場合には届出書提出不要</p>
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器	<ul style="list-style-type: none"> ● 1-3「寝返り」 <input type="checkbox"/> 1：つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 2：何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> 3：できない → ※2 <p>※2にチェックがつく場合には届出書提出不要</p>
<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	<ul style="list-style-type: none"> ● 3-1「意思の伝達」 <input type="checkbox"/> 1：他者に伝達できる <input type="checkbox"/> 1以外 → ※3 ● 3-2から3-7のいずれかで「2：できない」の項目がある <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → ※3 ● 3-8から9、4-1から15のいずれかで「2：ときどきある」または「3：ある」の項目がある その他、意見書において認知症の症状がある旨の記載がある <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → ※3 ● 2-2「移動」 <input type="checkbox"/> 4：全介助 <input type="checkbox"/> 4以外 → ※4 <p>※3のいずれか及び※4にチェックがつく場合には届出書提出不要</p>
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	<ul style="list-style-type: none"> ● 2-1「移乗」 <input type="checkbox"/> 1：介助されていない <input type="checkbox"/> 2：見守り等 <input type="checkbox"/> 3：一部介助 <input type="checkbox"/> 4：全介助 → ※5 ● 2-6「排便」 <input type="checkbox"/> 1：介助されていない <input type="checkbox"/> 2：見守り等 <input type="checkbox"/> 3：一部介助 <input type="checkbox"/> 4：全介助 → ※5 <p>※5のいずれにもチェックがつく場合には届出書提出不要</p>

例外給付の対象とすべき状態像 ※該当する項目にチェックしてください。

- 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、頻繁に利用者等告示31号のイに該当する者
- 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示31号のイに該当することが確実に見込まれる者
- 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利用者等告示31号のイに該当すると判断できる者

上記の状態像に対する医師の医学的所見について ※該当する項目にチェックしてください。

- 主治医意見書による 医師の診断書による（医療・介護連携シート含む）
- 居宅サービス計画もしくは介護予防サービス計画への記載（主治医の医学的所見について担当職員が聴取した内容が必ず記載されていること）

上記の病院名		上記の医師名		所見確認日	年 月 日
--------	--	--------	--	-------	-------

直近のサービス担当者会議日	年 月 日	受付印欄
---------------	-------	------

津市記入欄

利用者等告示第31号のイで定める状態像に該当する者については、軽度者（要支援1、要支援2及び要介護1の者をいう。ただし、自動排泄処理装置については、要支援1、要支援2、要介護1から3の者をいう。）であっても、その状態像に応じて利用が想定される対象外種目について、指定福祉用具貸与費の算定が可能であり、その判断については次のとおりです。

下記のi)からiii)までのいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断され、かつ、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福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている場合にあっては、これらについて、津市に提出された届出書の内容により要否を判断します。

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、頻繁に利用者等告示第31号のイ（下記の表を参照）に該当する者

（例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象等）

ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第31号のイ（下記の表を参照）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等）

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利用者等告示第31号のイ（下記の表を参照）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等）

福祉用具の種目	厚生労働大臣が定める者 (利用者等告示第31号のイに該当する状態像)
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 (二) 日常的に寝返りが困難な者
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
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、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 (二) 移動において全介助を必要としない者
自動排泄 処理装置	次のいずれにも該当する者 (一) 排便が全介助を必要とする者 (二) 移乗が全介助を必要とする者