

軽度者に対する(介護予防)福祉用具貸与の例外給付申立書

年 月 日

事業所名  
担当者名

申立て日、事業者名、  
担当者名をご記入くだ  
さい。

次の被保険者に対する福祉用具貸与または介護予防福祉用具貸与について、医師の医学的所見に基づき、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、対象貸与品目の貸与が特に必要であると判断されたため、例外給付を申立てます。

|   |  |  |  |       |    |     |   |   |   |   |
|---|--|--|--|-------|----|-----|---|---|---|---|
| 被<br>保<br>険<br>者  | フリガナ   |  | 保険者番号  |       | 0  | 1   | 6 | 6 | 5 | 9 |
|   | 被保険者氏名   |  | 被保険者番号   |       |    |     |   |   |   |   |
|   | 住所   | 〒 - ( )<br>Tel ( - - )   |  |       |    |     |   |   |   |   |
|   | 要介護度   | <input type="checkbox"/> 要支援( )<br><input type="checkbox"/> 要介護( )               | 生年月日   | 年 月 日 | 性別 | 男・女 |   |   |   |   |
| 対<br>象<br>貸<br>与<br>品<br>目<br>・<br>貸<br>与<br>開<br>始<br>日      | <input type="checkbox"/> 車いす<br>( 年 月 日)   | <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品<br>( 年 月 日)                                     | <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知器<br>( 年 月 日)        |       |    |     |   |   |   |   |
|   | <input type="checkbox"/> 車いす付属品<br>( 年 月 日)  | <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具<br>( 年 月 日)                                     | <input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く)<br>( 年 月 日) |       |    |     |   |   |   |   |
|   | <input type="checkbox"/> 特殊寝台<br>( 年 月 日)  | <input type="checkbox"/> 体位変換器<br>( 年 月 日)                                       | <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置<br>( 年 月 日)          |       |    |     |   |   |   |   |
| 医<br>師<br>の<br>医<br>学<br>的<br>所<br>見<br>・<br>確<br>認<br>方<br>法 | 医療機関名  |  |  | 担当医師名 |    |     |   |   |   |   |
|   | 医<br>師<br>の<br>医<br>学<br>的<br>所<br>見   | <input type="checkbox"/> 疾病などにより、状態が変動しやすく、日・時間帯によって、頻繁に対象貸与品目の貸与が必要と認められる者      |  |       |    |     |   |   |   |   |
|   |  | <input type="checkbox"/> 疾病などにより、状態が急速に悪化し、短期間のうちに対象貸与品目の貸与の必要性が確実に見込まれる者        |  |       |    |     |   |   |   |   |
|   |  | <input type="checkbox"/> 疾病などにより、身体への重大な危険性や症状の重篤化の回避等医学的判断から対象貸与品目の貸与が必要と認められる者 |  |       |    |     |   |   |   |   |
| 確<br>認<br>方<br>法  | <input type="checkbox"/> 主治医意見書<br><input type="checkbox"/> 診断書<br><input type="checkbox"/> 担当医師から聴聞した内容の記録<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  |  |       |    |     |   |   |   |   |
| 添<br>付<br>書<br>類  | <input type="checkbox"/> 医師の医学的所見を確認できるもの<br><input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(要支援者の場合は介護予防サービス計画書)<br><input type="checkbox"/> 担当者会議の会議録     |  |  |       |    |     |   |   |   |   |

被保険者の情報をご記  
入ください。

貸与する福祉用具を選  
択し、貸与開始日の記  
入をしてください。

医療機関名、担当医師  
名を記入、担当医師の  
医学的所見から該当す  
るものを選択してくだ  
さい。

担当医師の医学的所  
見をどのように確認し  
たかを選択。なお、聴  
聞の場合は、内容を文  
章化し、提出してくだ  
さい。

3つとも提出してくだ  
さい。  
※医師の医学的所見を  
確認できるものは、上  
記「確認方法」で選択し  
たものを提出してくだ  
さい。

## 別表

| 対象外種目               | 利用者等告示(第88号において準用する)第31号のイ  |
|---------------------|---|
| ア 車いす及び車いす付属品       | 次のいずれかに該当する者<br>(一)日常的に歩行が困難な者<br>(二)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                          |
| 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<br>(一)日常的に起きあがり困難な者<br>(二)日常的に寝返りが困難な者                                       |
| 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  |
| エ 認知症老人徘徊感知機器       | 次のいずれにも該当する者<br>(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<br>(二)移動において全介助を必要としない者                |
| オ 移動用リフト(つりぐの部分を除く) | 次のいずれかに該当する者<br>(一)日常的に立ち上がりが困難な者<br>(二)移乗が一部介助又は全介助を必要とする者<br>(三)生活環境において段差の解消が必要と認められる者 |
| カ 自動排泄処理装置          | 次のいずれにも該当する者<br>(一)排便が全介助を必要とする者<br>(二)移乗が全介助を必要とする者                                      |