

**軽度者等に対する福祉用具貸与の例外給付の確認について（確認依頼申請書）**

年 月 日

相模原市長 あて

事業所名 [ ] 事業者番号 [ ]

所在地 ( 〒 - )

管理者名

**1、被保険者情報**

該当する にレ点を記入

被保険者	(氏名)	(被保険者番号)								
	(要介護度)	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	~	年 月 日						

**2、居宅（介護予防）サービス計画作成者**

居宅介護（介護予防）支援事業者名	
計画作成者氏名	連絡先 ( ) -

**3、例外給付の判断について**

1	福祉用具を必要とする理由	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94号告示第三十一号のイに該当する。	
		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94号告示第三十一号のイに該当することが確実に見込まれる。	
		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94号告示第三十一号のイに該当すると判断できる。	
2	福祉用具の必要性を判断するために用いた方法	主治医意見書	
		医師の診断書	
		医師からの所見を聴取	
3	確認を必要とする福祉用具及び該当する状態像	車いす及び車いす付属品	当該確認依頼申請手続きは不要
		特殊寝台及び特殊寝台付属品	日常的に起きあがり困難な者
			日常的に寝返りが困難な者
		床ずれ防止用具	日常的に寝返りが困難な者
		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器	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で、移動において全介助を必要としない者
		移動用リフト	日常的に立ち上がりが困難な者 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者
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。)	排便及び移乗に全介助を必要とする者		
4	サービス担当者会議開催日	年 月 日	
5	福祉用具の開始年月日	年 月 日	

**添付書類(各1部)**

福祉用具を必要とする理由が確認できる書類の写し サービス担当者会議等の記録の写し

下記の 及び について、担当の居宅介護（介護予防）支援事業所より説明を受け、同意しました。  
 居宅介護（介護予防）支援事業所が、私の福祉用具貸与の例外給付に関する確認依頼申請を行うこと。  
 この申請に係る確認のため必要があるときは、必要な事項について相模原市が調査すること。

被保険者同意欄	(氏名)
---------	------

# 記入例

## に対する福祉用具貸与の例外給付の確認について（確認依頼申請書）

令和 3

相模原市長 あて

事業所名 [ 相模原居宅介護支援事業所 ] 事業者番号 [ 0001234567 ]

所在地 ( 〒 252 - 5277 )

相模原市中央区中央 2 - 11 - 15

管理者名 相模 太郎

### 1、被保険者情報

該当する にレ点を記入

被保険者	(氏名) 介護 花子	(被保険者番号)	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
	(要介護度) <input checked="" type="checkbox"/> 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	令和 3 年 5 月 1 日 ~ 令和 4 年 4 月 30 日										

### 2、居宅（介護予防）サービス計画作成者

居宅介護（介護予防）支援事業者名	相模原居宅介護支援事業所											
計画作成者氏名	相模 太郎						連絡先 ( ) -					

### 3、例外給付の判断について

1	福祉用具を必要とする理由		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94号告示第三十一号のイに該当する。									
			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94号告示第三十一号のイに該当することが確実に見込まれる。									
		<input checked="" 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94号告示第三十一号のイに該当すると判断できる。									
2	福祉用具の必要性を判断するために用いた方法		主治医意見書									
			医師の診断書									
		<input checked="" type="checkbox"/>	医師からの所見を聴取									
3	確認を必要とする福祉用具及び該当する状態像		車いす及び車いす付属品	当該確認依頼申請手続きは不要								
		<input checked="" type="checkbox"/>	特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input checked="" type="checkbox"/> 日常的に起きあがり困難な者 日常的に寝返りが困難な者								
			床ずれ防止用具	日常的に寝返りが困難な者								
			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器	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で、移動において全介助を必要としない者								
			移動用リフト	日常的に立ち上がりが困難な者 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者								
			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。)	排便及び移乗に全介助を必要とする者								
4	サービス担当者会議開催日	令和 3 年 5 月 1 日										
5	福祉用具の開始年月日	令和 3 年 5 月 1 日										

#### 添付書類(各1部)

福祉用具を必要とする理由が確認できる書類の写し サービス担当者会議等の記録の写し

下記の 及び について、担当の居宅介護（介護予防）支援事業所より説明を受け、同意しました。居宅介護（介護予防）支援事業所が、私の福祉用具貸与の例外給付に関する確認依頼申請を行うこの申請に係る確認のため必要があるときは、必要な事項について相模原市が調査すること。

添付を忘れずに！

被保険者同意欄	(氏名) 介護 花子
---------	------------