

様式第1号（第3条関係）

介護保険福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）例外給付確認書

年 月 日

北斗市長 様

居宅介護（介護予防） 支援事業所名											印
事業者番号											
居宅介護（介護予防） 支援事業所住所	〒										
担当介護支援専門員											
居宅介護（介護予防） 支援事業所電話番号											

軽度者に対する福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）の例外給付の確認を申請します。

被保険者	被保険者番号		氏名					
	要介護度	認定有効期間	～					
福祉用具を必要とする理由	疾病等							
	<input type="checkbox"/>	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する。						
	<input type="checkbox"/>	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる。						
確認を必要とする福祉用具	<input type="checkbox"/>	車いす	<input type="checkbox"/> 自走式 <input type="checkbox"/> 介助式 <input type="checkbox"/> 電動式 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	<input type="checkbox"/>	車いす付属品	<input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	<input type="checkbox"/>	特殊寝台	<input type="checkbox"/> 1モーター <input type="checkbox"/> 2モーター <input type="checkbox"/> 3モーター <input type="checkbox"/> （ ）					
	<input type="checkbox"/>	特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> マットレス <input type="checkbox"/> サードレール <input type="checkbox"/> 介助バー <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	<input type="checkbox"/>	床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> エアマットレス <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	<input type="checkbox"/>	体位変換器	（ ）					
	<input type="checkbox"/>	徘徊感知機器	（ ）					
	<input type="checkbox"/>	移動用リフト	（ ）					
	<input type="checkbox"/>	自動排泄処理装置	（ ）					
	<input type="checkbox"/>	その他	（ ）					
添付書類	<input type="checkbox"/>	居宅（介護予防）サービス計画書（見直し： ）						
	<input type="checkbox"/>	サービス担当者会議の記録（開催日： ）						
	<input type="checkbox"/>	福祉用具を必要とする理由が確認出来る書類 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師診断書・連絡票等 <input type="checkbox"/> 医師からの所見を聴収						
	<input type="checkbox"/>	その他（ ）						
貸与開始日（貸与開始予定日）		～						
福祉用具貸与事業所 （介護予防福祉用具貸与事業所）		事業所名						
		電話番号						
		事業所番号						
(備考)								

上記の居宅介護（介護予防）支援事業所が、軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関して必要な一切の手続きを行うこと、その結果等について福祉用具貸与事業者に提示すること及びこの申請に係る確認に必要な場合は北斗市が私の心身の状態及び疾病等必要な事項について調査することに同意します。

本人氏名

印

例外給付基本調査票

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
<input type="checkbox"/>	ア 車椅子および車椅子付属品	次のいずれかに該当する者		基本調査1-7 「3. できない」 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"/>	(1) 日常的に歩行が困難なもの	
		<input type="checkbox"/>	(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	
<input type="checkbox"/>	イ 特殊寝台および特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者		基本調査1-4 「3. できない」 基本調査1-3 「3. できない」
		<input type="checkbox"/>	(1) 日常的に起きあがりやが困難な者	
		<input type="checkbox"/>	(2) 日常的に寝返りが困難な者	
<input type="checkbox"/>	ウ 床ずれ防止用具および体位変換器	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3 「3. できない」
<input type="checkbox"/>	エ 認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者		基本調査3-1 「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外 または 基本調査3-2～7のいずれか 「2. できない」 または 基本調査3-8～4-15のいずれか 「1. ない」以外 または 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
		<input type="checkbox"/>	(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	
		<input type="checkbox"/>	(2) 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
<input type="checkbox"/>	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		基本調査1-8 「3. できない」 基本調査2-1 「3. 一部介助」または「4. 全介助」
		<input type="checkbox"/>	(1) 日常的に立ち上がりやが困難な者	
		<input type="checkbox"/>	(2) 移乗が一部介助または全介助を必要とする者	
		<input type="checkbox"/>	(3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	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"/>	カ 自動排泄処理装置（※要支援、要介護1～3が適用）	次のいずれにも該当する者		基本調査2-6 「4. 全介助」 基本調査2-1 「4. 全介助」
		<input type="checkbox"/>	(1) 排便において全介助を必要とする者	
		<input type="checkbox"/>	(2) 移乗において全介助を必要とする者	