

事業所名	
管理者名	

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認について（確認依頼書）

下記の①～③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。

① 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を下記の通りおこなうこと

② 確認結果通知を当該居宅介護（介護予防）支援事業所あてに送付すること

③ この依頼にかかる確認のために、私の要介護度や心身の状態及び疾病等、必要な事項について加賀市が調査すること

本人同意欄	氏名
-------	----

次の被保険者に対して、医師の意見（医学的な所見）に基づき状態像が判断され、かつサービス担当者会議の開催等を通じた適切なケアマネジメントを行ったところ、（介護予防）福祉用具貸与が必要と判断しましたので、確認を依頼します。

1. 貸与を予定している被保険者

被保険者氏名		被保険者番号											
住所													
要介護度 （該当に○）	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 認定申請中 （申請日 令和 年 月 日）												
認定有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日												

2. 貸与を必要と判断した福祉用具

福祉用具の種類 【該当に○】	特殊寝台	特殊寝台付属品	床ずれ防止用具	体位変換器	認知症老人徘徊感知機器
-------------------	------	---------	---------	-------	-------------

3. 医学的所見（該当する状態像にチェック）

☐ （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、頻繁に別表1の状態像に該当する者
☐ （ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに別表1の状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる者
☐ （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別表1の状態像に該当する者

4. 医師から確認した医学的所見の内容

医療機関名		連絡先	TEL	—
担当医師名		所見確認日	令和	年 月 日

3で該当した状態像の疾病その他の原因、福祉用具の必要性など

5. ケアマネジメントの上で、必要と判断した理由及び今後の支援方針

【サービス担当者会議開催日】	【参加者】
年 月 日	

① 本人の状態像

② ①に基づき福祉用具を必要とする理由（どのような機能が必要とし、それによって本人の生活がどのように改善されるか）

③ 代替サービスの有無（福祉用具貸与以外にどのようなサービスを検討したか）

6. 担当居宅介護（介護予防）支援事業所【確認結果通知先】

事業所名		担当者名	
住 所			
連絡先	TEL — （FAX — ）		

※添付書類： ケアプラン第1表、第2表、第4表（要介護）
介護予防サービス・支援計画書、介護予防支援経過記録（要支援）

加賀市受付印欄

別表1

対象外種目	状態像	可否判断基準	判断方法
車いす及び 同付属品 (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	認定調査 基本調査票1-7 歩行【3. できない】	認定調査結果で判断
	(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	ケアマネジメントを通じ指定介護予防支援事業者または指定居宅介護支援事業者が判断	サービス担当者会議の結果で判断
特殊寝台及び 同付属品 (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	認定調査 基本調査票1-4 起き上がり【3. できない】	認定調査結果で判断 ⇒基準に該当しない場合は 確認依頼書 による判定
	(2) 日常的に寝返りが困難な者	認定調査 基本調査票1-3 寝返り【3. できない】	認定調査結果で判断 ⇒基準に該当しない場合は 確認依頼書 による判定
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	認定調査 基本調査票1-3 寝返り【3. できない】	認定調査結果で判断 ⇒基準に該当しない場合は 確認依頼書 による判定
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	認定調査 基本調査票3-1 意思伝達 【1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる】以外 又は 認定調査 基本調査票3-2～3-7 記憶・理解 のいずれか【2. できない】 又は 認定調査 基本調査票3-8～4-15 問題行動 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。	認定調査結果で判断 ⇒基準に該当しない場合は 確認依頼書 による判定
	(2) 移動において全介助を必要としない者	認定調査 基本調査票2-2 移動【4. 全介助】以外	
移動用リフト (つり具部分を除く) (1)～(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	認定調査 基本調査票1-8 立ち上がり【3. できない】	認定調査結果で判断
	(2) 移乗が一部介助または全介助を必要とする者	認定調査 基本調査票2-1 移乗【3. 一部介助】または【4. 全介助】	認定調査結果で判断
	(3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	ケアマネジメントを通じ指定介護予防支援事業者または指定居宅介護支援事業者が判断	サービス担当者会議の結果で判断
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	認定調査 基本調査票2-6 排便【4. 全介助】	認定調査結果で判断
	(2) 移乗が全介助を必要とする者	認定調査 基本調査票2-1 移乗【4. 全介助】	

※確認依頼書を提出する場合は事前に介護福祉課にご相談ください。

※給付適用開始日は確認依頼書の提出日です。(介護保険要介護認定新規及び変更申請においては、その申請から結果が出るまでの期間のサービス利用分も含む)