様式第１号（第４条関係）

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する届出書

　　　中札内村長　様

　　軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関して、次の被保険者が第23号告示第21号のイで定める状態像に該当する者であることについて下記のとおり届出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |  | | | | | | 届出年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | |
| 届出者（計画作成担当者） | | | | | |  | | | | | | 電話番号 | | | |  | |
| 居宅介護（介護予防）支援事業者名 | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 被保険者氏名 | | | | |  | | | | 被保険者番号 | | |  | | | | |
| 住所 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 要介護状態区分 | | | | | 要支援１　・　要支援２　・　要介護１　・　認定申請中 | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | | | | | 年　　　月　　　日　　から　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 貸与が可能な福祉用具及び該当する状態像  （該当に○） | | ア　車いす及び車いす付属品 | | | | | | (一)日常的に歩行が困難な者 | | | | | | | | | 基本調査１―７ |
| (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 | | | | | | | | | 主治医からの情報及びサービス担当者会議　※下記 |
| イ　特殊寝台及び特殊寝台付属品 | | | | | | (一)日常的に起きあがりが困難な者 | | | | | | | | | 基本調査１―４ |
| (二)日常的に寝返りが困難な者 | | | | | | | | | 基本調査１―３ |
| ウ　床ずれ防止用具及び体位変換器 | | | | | | (一)日常的に寝返りが困難な者 | | | | | | | | | 基本調査１―３ |
| エ　認知症老人徘徊感知器 | | | | | | (一)意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 | | | | | | | | | 基本調査３―１  基本調査３―２～３―７  基本調査３―８～４―15 |
| (二)移動において全介助を必要としない者 | | | | | | | | | 基本調査２―２ |
| オ　移動用リフト  　（つり具の部分を除く） | | | | | | (一)日常的に立ち上がりが困難な者 | | | | | | | | | 基本調査１―８ |
| (二)移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 | | | | | | | | | 基本調査２―１ |
| (三)生活環境において段差の解消が必要と認められる者 | | | | | | | | | 主治医からの情報及びサービス担当者会議　※下記 |
| ※ア（二）、オ（三）の状態像に該当することを判断した内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主治医の医師から得た情報 | | | □　主治医意見書  □　診療情報提供書  □　医師からの聞き取りによる確認 | | | | | | | | | 医療機関名 | | |  | | |
| 担当医師名 | | |  | | |
| 確認日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | 電話番号 | | |  | | |
| サービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメント | | | | サービス担当者会議実施日 | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 貸与が必要と判断した理由状況等 | | | | | | |  | | | | | | |
| ※ア(二)、オ(三)の場合の添付資料～①主治医から得た情報（写）　②ケアプラン１表・２表（介護予防ケアプラン）（写）　③サービス担当者会議の記録（写） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用開始日（予定） | | | | | 年　　　月　　　日　～ | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具貸与事業者 | | | | |  | | | | | | | 電話番号 | |  | | | |

　　上記の居宅介護（介護予防）支援事業者が、軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関して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届出に係る確認に必要な場合は中札内村が私の心身の状態等必要な事項について調査することに同意します。

本人署名　 　　　　　　　　印