軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付確認依頼申請書

被保険者氏名		被保険者番号	
住　　所	宇都宮市 （連絡先）		
要介護度	□要支援１　□要支援２　□要介護１ □要介護２　□要介護３　□認定申請中（申請日：　　年　　月　　日）		
認定有効期間	平成・令和　　年　　月　　日　～　平成・令和　　年　　月　　日		
貸与予定品目	□特殊寝台　　（□１モーター　□２モーター　□３モーター） □特殊寝台付属品（□サイドテーブル　□マットレス　□ベッド用手すり □その他（　　） □床ずれ防止用具　□体位変換器　□認知症老人徘徊感知機器 □移動用リフト（□昇降座椅子　□段差解消機　□バスリフト　□その他） □自動排泄処理装置		
利用開始(予定)日	平成・令和　　年　　月　　日　　（申請区分　　□新規　　□継続　）		
医師の医学的所見（告示で定める状態は裏面を参照）	□　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，頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者		
	□　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告示で定める状態に該当すると判断できる者		
①医学的所見の確認方法	医療機関名		担当医師氏名
	所見確認日	平成・令和　　年　　月　　日	
	確認方法	□主治医意見書　□医師の診断書　□受診時に聞き取り □電話（FAX）で聞き取り　□サービス担当者会議に出席	
②サービス担当者会議開催日	平成・令和　　年　　月　　日		

（あて先）宇都宮市長

上記のとおり，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を行ったところ，（介護予防）福祉用具貸与の必要があると判断しましたので，確認を依頼します。

令和　　年　　月　　日

所在地

事業所　名　称

代表者氏名

介護予防支援事業者名
居宅介護支援事業者名

計画作成者氏名　　（連絡先）

下記の①及び②について，担当の居宅介護（介護予防）支援事業者より説明を受け，同意しました。

① 福祉用具貸与事業者が，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

② この申請に係る確認のため，必要な事項について宇都宮市が調査すること

被保険者同意欄（自署）	

（添付書類）

□①居宅サービス計画書（1～3 表）又は介護予防サービス・支援計画表の写し

□②サービス担当者会議要点又は介護予防支援経過記録の写し

□③医師の医学的所見の確認できる書類の写し

（※疾患名，福祉用具が必要な症状等が記入されていること）

□④貸与が必要な福祉用具のカタログ

（結果連絡先）

事　業　所　名	担当者及び連絡先
	住　所： 電　話： 担当者名：

※市記載欄

確認結果	□必要と判断　　□不必要と判断（　　）
必要期間	平成・令和　　年　　月　　日　～　平成・令和　　年　　月　　日

医師の医学的所見における「厚生労働省告示第九五号で定める状態」

対象外種目	状態像
ア　車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者 １　日常的に歩行が困難な者 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
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 １　日常的に起き上がりが困難な者 ２　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 １　意志の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 ２　移動において全介助を必要としない者
オ　移動用リフト （つり具部分を除く）	次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 ２　移乗が一部介助または全介助を必要とする者 ３　生活環境において段差の解消が必要と認められる者
カ　自動排泄装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く）	次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 ２　移乗が全介助を必要とする者

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付確認依頼申請書

記入例

被保険者氏名		被保険者番号	
住　　所	宇都宮市 （連絡先）		
要介護度	□要支援１　□要支援２　□要介護１ □要介護２　□要介護３　□認定申請中（申請日：　　年　　月　　日）		
認定有効期間	平成・令和　　年　　月　　日　～　平成・令和　　年　　月　　日		
貸与予定品目	□特殊寝台　　（□１モーター　□２モーター　□３モーター） □特殊寝台付属品（□サイドテーブル　□マットレス　□ベッド用手すり □その他（　　） □床ずれ防止用具　□体位変換器　□認知症老人徘徊感知機器 □移動用リフト（□昇降座椅子　□段差解消機　□バスリフト　□その他） □自動排泄処理装置		
利用開始(予定)日	平成・令和　　年　　月		
医師の医学的所見（告示で定める状態は裏面を参照）	□　Ⅰ　疾病その他の原因により，[illegible]は時間帯によって，頻繁に告示で定める福祉用[illegible]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[illegible]医学的判断から告示で定める状態に該当すると判断できる者		
①医学的所見の確認方法		担当医師氏名	
	所見確認日	平成・令和　　年　　月　　日	
	確認方法	□主治医意見書　□医師の診断書　□受診時に聞き取り □電話（FAX）で聞き取り　□サービス担当者会議に出席	
②サービス担当者会議開催日	平成・令和　　年　　月　　日		

（あて先）宇都宮市長

上記のとおり，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を行ったところ，（介護予防）福祉用具貸与の必要があると判断しましたので，確認を依頼します。

令和　　年　　月　　日

所在地

事業所　名　称

代表者氏名

介護予防支援事業者名
居宅介護支援事業者名

計画作成者氏名

[illegible]居宅介護[illegible]。

[illegible]具貸与の例外給付[illegible]

④[illegible]，必要な事項について宇都宮市が調査すること。

被保険者同意欄（自署）	

ケアプアン第２表又は介護予防ケアプラン（2）と合致しているか確認してください。

福祉用具を必要とする理由を確認してください。

申請日を記入してください。

要支援の利用者のうち，居宅介護支援事業所に介護予防支援業務を委託している場合は，受託している居宅介護支援事業所名・計画作成者氏名を記入してください。
また，介護予防支援事業者名のところに地域包括支援センター名も記入してください。

例外給付の確認申請をするにあたって，被保険者の同意を得てください。

（添付書類）

□①居宅サービス計画書（1～3 表）又は介護予防サービス・支援計画表の写し

□②サービス担当者会議要点又は介護予防支援経過記録の写し

□③医師の医学的所見の確認できる書類の写し

（※疾患名，福祉用具が必要な症状等が記入されていること）

□④貸与が必要な福祉用具のカタログ

添付を忘れずに！
チェックを入れて
ください。

（結果連絡先）

事　業　所　名	担当者及び連絡先
	住　所： 電　話： 担当者名：

※市記載欄

確認結果	□必要と判断　　□不必要と判断（　　）
必要期間	平成・令和　　年　　月　　日　～　平成・令和　　年　　月　　日

医師の医学的所見における「厚生労働省告示第九五号で定める状態」

対象外種目	状態像
ア　車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者 １　日常的に歩行が困難な者 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
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 １　日常的に起き上がりが困難な者 ２　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 １　意志の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 ２　移動において全介助を必要としない者
オ　移動用リフト （つり具部分を除く）	次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 ２　移乗が一部介助または全介助を必要とする者 ３　生活環境において段差の解消が必要と認められる者
カ　自動排泄装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く）	次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 ２　移乗が全介助を必要とする者