

軽度者に係る福祉用具貸与例外給付確認申請書

常滑市長 様
次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日											
被 保 険 者	フリガナ	被保険者 番 号		0	0	0	0							
	氏 名			生年月日		年 月 日								
	住 所													
	要介護状態区分	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1												
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日												
確 認 を 必 要 と す る 福 祉 用 具 及 び 該 当 す る 状 態 像	☐ 車椅子及び同付属品	☐ 日常的に歩行が困難な者 ☐ 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												
	☐ 特殊寝台及び同付属品	☐ 日常的に起き上がりが困難な者 ☐ 日常的に寝返りが困難な者												
	☐ 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												
	☐ 認知症老人徘徊感知機器	☐ 意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障 があり、かつ、移動において全介助を必要としない者												
	☐ 移動用リフト (つり具部分を除く)	☐ 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 ☐ 生活環境において段差の解消が必要と認められる者												
申 請 者	介護予防支援事業所名：													
	担当者氏名：		電話番号（ ） —											
	居宅介護支援事業所名：													
	担当者氏名：		電話番号（ ） —											

添付書類

- ☐ サービス担当者会議の要点（要支援者の場合はこれに準ずるもの）
- ☐ 居宅サービス計画書（要支援者に場合はこれに準ずるもの）
- ☐ 医師の医学的所見確認書類※（主治医意見書・診断書・情報提供書等）

※ 判断基準3の場合のみ。

保険者確認欄

上記、福祉用具貸与の適用について	
☐ 承認	年 月 日
します。	
☐ 非承認	常 滑 市 長



保険者確認欄（判断基準２・３）

次のいずれにも該当することが添付書類で確認できる。

- ☐ 安全な利用について検討されている
（例：認知機能や麻痺、視力、聴力の低下はあるか）
- ☐ 福祉用具を利用することでＡＤＬや自立低下しないよう工夫されている
（例：「大変だから」「運転免許を返納するから」などの理由ではないか、ＡＤＬの維持や向上に資する目標・サービスがあるか）
- ☐ 代替手段について検討されている
（例：介護保険サービス、家族からの支援、杖・歩行器等の福祉用具、手すり・段差解消等の住宅改修）
- ☐ その他の問題も確認できない
（例：月１回未満や有事の際の利用など利用頻度が低くないか）

保険者確認欄（判断基準３のみ）

次の医学的所見のいずれかに該当する旨が医師の書類で確認できる。

- ☐ 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、厚労大臣告示に該当する対象者（以下、「対象者」）に該当する
（例 パーキンソン病の治療薬によるＯＮ・ＯＦＦ現象）
- ☐ 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに対象者に該当することが確実に見込まれる
（例 がん末期の急速な状態悪化）
- ☐ 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対象者に該当すると判断できる
（例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避）