

軽度者への福祉用具貸与に係る確認依頼書兼判定通知書

特殊寝台をレンタルする  
場合の記入例

和歌山市長 様

届出年月日: ○○年 月 日

1 計画作成担当者(申請者)	事業者名	ケアセンター介護保険																	
	所在地	〒640-8511 和歌山市七番丁23番地																	
	電話番号	073-435-1190	事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						
介護支援専門員等氏名		和歌山 花子																	
2 被保険者	氏名	介護 太郎	被保険者番号							△	○	△	×	○					
	住所	〒640-1111 和歌山市介護町100番地																	
	要介護度	要支援: 1・2 要介護: ①・2・3	認定有効期間	○○年 4月 1日から ○○年 3月 31日まで															
	貸与予定の福祉用具利用状況	■新規貸与(貸与開始(予定)日: ○○年 8月 1日~) □継続貸与																	
3 確認方法	確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input checked="" type="checkbox"/> 医師からの所見を聴取																	
4 医療機関	医療機関の名称	ここにこ病院																	
	主治医氏名	健康 すずむ																	
	直近の受診	○○年 4月 1日																	
疾病等		関節リマウチ																	
5 必要である理由	下記表の状態像を当てはめて下さい。詳しくは、別紙のフローチャートを参考してください。		<table border="1"> <tr> <th colspan="2">例外給付の対象要件</th> </tr> <tr> <td>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「下記表の状態」に該当する者</td> <td rowspan="3">関節リマウチで、<u>日内変動が大きく</u>自力でベッドから<u>起き上がれない</u>状態であることを、担当医に確認した。</td> </tr> <tr> <td>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「下記表の状態」に至ることが<u>確実に</u>見込まれる者</td> </tr> <tr> <td>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師等医学的判断が、「下記表の状態」に該当すると判断できる者</td> </tr> </table>											例外給付の対象要件		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「下記表の状態」に該当する者	関節リマウチで、 <u>日内変動が大きく</u> 自力でベッドから <u>起き上がれない</u> 状態であることを、担当医に確認した。	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「下記表の状態」に至ることが <u>確実に</u> 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師等医学的判断が、「下記表の状態」に該当すると判断できる者
	例外給付の対象要件																		
	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「下記表の状態」に該当する者	関節リマウチで、 <u>日内変動が大きく</u> 自力でベッドから <u>起き上がれない</u> 状態であることを、担当医に確認した。																	
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「下記表の状態」に至ることが <u>確実に</u> 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師等医学的判断が、「下記表の状態」に該当すると判断できる者																			
* 該当する番号を○で囲み、右欄に医師の所見に基づく状態を記入して下さい。																			

新規申請中・変更申請の場合・・・認定有効期間枠内に、「申請中」と記入して下さい。  
この場合の有効期間は、新規申請及び変更申請の認定有効期間となります。

新たに貸与を開始する場合は、新規貸与にチェック。既に貸与を受けており、継続して貸与する場合は、継続貸与にチェック。

- ①主治医意見書・・・市から「主治医意見書」の写しを入手し、確認した場合
- ②医師の診断書・・・医師に照会を行い、利用者の状態を確認した場合
- ③医師からの所見を聴取・・・電話、面接及びその他の方法で利用者の状態を確認した場合

・申請書は、医師に直接書き込んでいただく必要はありません。ケアマネージャー等が医師から聞き取りした内容を記載して下さい。  
・記入の際は、①疾病名、②例外給付の対象要件、③状態像の3点を必ず記入して下さい。

該当「種目」欄と、対応する「厚生労働省が定める者」欄の□にチェックを入れてください。

種目	厚生労働省が定める者(状態像)
■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 ■日常的に <u>起き上がり</u> が困難な者 □日常的に <u>寝返り</u> 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	□意見の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者であり、移動において全介助を必要としない者
□自動排せつ処理装置	□排便が全介助を必要とする者であり、移乗が全介助を必要とする者

「種目」及び「厚生労働省が定める者(状態)」にチェック。

上記の届出による福祉用具に対し、介護給付の対象とすることについて、右のとおり判定し通知いたします。 年 月 日 有効期間は認定有効期間とする。但し、区分変更等により、新たに認定を受けた場合は、認定の効力が生じた日の前日をもって有効期間が終了したものとす。 和歌山市健康局保険医療部 介護保険課	可	不可
---	---	----

軽度者への福祉用具貸与に係る確認依頼書兼判定通知書

和歌山市長 様



届出年月日: ○○年 月 日

1計画作成担当者(申請者)	事業者名	ケアセンター介護保険													
	所在地	〒640-8511 和歌山市七番丁23番地													
	電話番号	073-435-1190	事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
介護支援専門員等氏名		和歌山 花子													
2被保険者	氏名	介護 太郎	被保険者番号							△	○	△	×	○	
	住所	〒640-1111 和歌山市介護町100番地													
	要介護度	要支援: 1 · 2 要介護: ○ · 2 · 3	認定有効期間	○○年 4月 1日から ○○年 3月 31日まで											
	貸与予定の福祉用具利用状況	■新規貸与(貸与開始(予定)日: ○○年 8月 1日~) □継続貸与													
3確認方法	確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書		<input type="checkbox"/> 医師の診断書		<input checked="" type="checkbox"/> 医師からの所見を聴取									
4医療機関	医療機関の名称	にこにこ病院													
	主治医氏名	健康 すずむ													
	直近の受診	○○年 4月 1日													
疾病等		重度の流動性食道炎(嚥下障害)													
5必要である理由	下記表の状態像を当てはめて下さい。詳しくは、別紙のフローチャートを参考にしてください。		例外給付の対象要件		重度の流動性食道炎(嚥下障害)であり、特殊寝台の利用により、 <b>一定の角度に上体を起こすこと</b> によって、 <b>誤嚥性肺炎の危険性を回避</b> する必要がある。特殊寝台の必要を医師から指示されている。										
	* 該当する番号を○で囲み、右欄に医師の所見に基づく状態を記入して下さい。		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、頻繁に下記表の状態に該当する者												
			ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに下記表の状態に至ることが、 <b>実に見込まれる者</b>												
		iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は状態の重篤化の回避等医師等医学的判断から <b>下記表の状態</b> に該当すると判断できる者													

新規申請中・変更申請の場合・・・認定有効期間枠内に、「申請中」と記入して下さい。この場合の有効期間は、新規申請及び変更申請の認定有効期間となります。

新たに貸与を開始する場合は、新規貸与にチェック。既に貸与を受けており、継続して貸与する場合は、継続貸与にチェック。

- ①主治医意見書・・・市から「主治医意見書」の写しを入手し、確認した場合
- ②医師の診断書・・・医師に照会を行い、利用者の状態を確認した場合。
- ③医師からの所見を聴取・・・電話、面接及びその他の方法で利用者の状態を確認した場合。

・申請書は、医師に直接書き込んでいただく必要はありません。ケアマネージャー等が医師から聞き取りした内容を記載して下さい。  
・記入の際は、①疾病名、②例外給付の対象要件、③医学的判断から告示で定める状態像であると判断できる者の3点を必ず記入して下さい。

該当「種目」欄と、対応する「厚生労働省が定める者」欄の□にチェックを入れてください。

種目	厚生労働省が定める者(状態像)
<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 日常的に <b>起きあがり</b> が困難な者 <input type="checkbox"/> 日常的に <b>寝返り</b> が困難な者
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者
<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/> 意見の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者であり、移動において全介助を必要としない者
<input type="checkbox"/> 自動排せつ処理装置	<input type="checkbox"/> 排便が全介助を必要とする者であり、移乗が全介助を必要とする者

「種目」及び「厚生労働省が定める者(状態)」にチェック。

上記の届出による福祉用具に対し、介護給付の対象とすることについて、右のとおり判定し通知いたします。 有効期間は認定有効期間とする。但し、区分変更等により、新たに認定を受けた場合は、認定の効力が生じた日の前日をもって有効期間が終了したものとす。 和歌山市健康局保険医療部 介護保険課	可	不可
--	---	----