

福祉用具貸与の例外利用者に関する届出書

青梅市長 殿

令和 年 月 日

居宅介護（介護予防）支援事業者名		届出者氏名 (担当ケアマネジャー等)	連絡先
------------------	--	-----------------------	-----

次のとおり、関係書類を添えて軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関して届出します。

フリガナ		保険者番号	1 3 2 0 5 0
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女
要介護度	要支援1 要支援2 要介護1 (自動排泄処理装置のみ 要介護2 要介護3)	福祉用具貸与の区分	新規 ・ 継続
認定有効期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日	利用開始（予定）日	令和 年 月 日
福祉用具貸与事業所名		福祉用具貸与事業所番号	
福祉用具の商品名		福祉用具の製造メーカー名	

※表面の必要事項を記入後、裏面の提出書類の□にチェックを入れてください。

市記入欄（事業所の方は記入しないで下さい）

対象外種目	提出書類チェック	現地調査 必要 ・ 不要	追加資料提出 必要・不要		
<input type="checkbox"/> ア 車いすおよび車いす付属品	<input type="checkbox"/> 届出書 <input type="checkbox"/> カタログのみ → <input type="checkbox"/> 直近の基本調査結果の確認	訪問日 令和 年 月 日	提出書類		
<input type="checkbox"/> イ 特殊寝台および特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 届出書 <input type="checkbox"/> カタログ <input type="checkbox"/> （介護予防）ケアプラン等	その他意見	決裁欄	係員	係長
<input type="checkbox"/> ウ 床ずれ防止用具および体位変換器				課長	
<input type="checkbox"/> エ 認知症老人徘徊感知機器	→ <input type="checkbox"/> ①居宅サービス計画（第1表～第3表） または介護予防サービス計画（A表～D表）				
<input type="checkbox"/> オ 移動用リフト（つり具の部分を除く）	<input type="checkbox"/> ②サービス担当者会議の要点 （第4表、またはE表別紙）				
<input type="checkbox"/> カ 自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/> ③貸与品目に関する主治医の意見が確認できるもの				

福祉用具貸与例外利用者提出書類一覧表

対象外種目	例外に該当する者	基本調査結果等	提出書類
ア 車いすおよび車いす付属品 (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	基本調査1-7 歩行「3. できない」	<input type="checkbox"/> 届出書 カタログ
	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	該当する基本調査結果がないため、主治医の意見を踏まえつつ、サービス担当者会議等を開催するなどの適切なケアマネジメントを通じて、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する。	<input type="checkbox"/> 届出書 カタログ <input type="checkbox"/> ケアプラン等
イ 特殊寝台および特殊寝台付属品 (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	基本調査1-4 起き上がり「3. できない」	<input type="checkbox"/> 届出書 カタログ
	②日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3 寝返り「3. できない」	<input type="checkbox"/> 届出書 カタログ
ウ 床ずれ防止用具および体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3 寝返り「3. できない」	<input type="checkbox"/> 届出書 カタログ
エ 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	基本調査3-1 意思の伝達「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外 または 基本調査3-2～基本調査3-7 のいずれか「2. できない」 または 基本調査3-8～基本調査4-15 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	<input type="checkbox"/> 届出書 カタログ
	②移動において全介助を必要としない者	基本調査2-2 移動 「4. 全介助」以外	
オ 移動用リフト（つり具の部分を除く） (①・②・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	基本調査1-8 立ち上がり 「3. できない」	<input type="checkbox"/> 届出書 カタログ
	②移乗が一部介助または全介助を必要とする者	基本調査2-1 移乗 「3. 一部介助」または「4. 全介助」	<input type="checkbox"/> 届出書 カタログ
	③生活環境において段差の解消が必要と認められる者	該当する基本調査結果がないため、主治医の意見を踏まえつつ、サービス担当者会議等を開催するなどの適切なケアマネジメントを通じて、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する。	<input type="checkbox"/> 届出書 カタログ <input type="checkbox"/> ケアプラン等
カ 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もの	基本調査2-6 排便 「4. 全介助」	<input type="checkbox"/> 届出書 カタログ
	②移乗が全介助を必要とする者	基本調査2-1 移乗 「4. 全介助」	<input type="checkbox"/> 届出書 カタログ

《提出書類に関する注意事項》

※「届出書 カタログ」と書かれた該当者につきましては、基本調査結果を確認し、届出書と貸与する福祉用具のカタログの写しを提出してください。

(提出書類の□にチェックを入れてください)

※「ケアプラン等」と書かれた該当者（車いすの②、移動用リフトの③）につきましては、（介護予防）ケアプラン等の提出が必要です。

(提出書類の□にチェックを入れてください。)

次の①～③の書類も併せて提出してください。(すべて写しを提出してください。)

① 居宅サービス計画（第1表～第3表）、または介護予防サービス計画（A表～D表）

② サービス担当者会議の要点（第4表、またはE表別紙）

③ 貸与品目に関する主治医の意見が確認できるもの（例 サービス担当者会議資料 主治医への照会資料）

提出後、内容の確認をさせていただきます。なお、不明な点がある場合には、追加資料の提出依頼や調査をすることもありますのでよろしくお願いします。