要介護１の者等に係る指定福祉用具貸与（例外給付）の届出書

**別紙１**

瑞浪市長　様

**記入例**

**（理由１の場合）**

　以下の被保険者について、要介護１の者等に係る指定福祉用具貸与費（平成12年3月1日 老企第36号 厚生省通知）に関して、次の理由により「利用者等告示第31号のイで定める状態像に該当する者」であると判断できるため、その旨を届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | 届出年月日 | | | | | **○○**年**○○**月**○○**日 | | |
| 届出者 | 氏　　名  （担当ケアマネジャー） | **福　祉　　花　子** | | | | | 電話番号 | | | | | **０５７２**　－　**６８**　－　**２１１６** | | |
| 居宅介護支援事業所  （介護予防支援事業所） | 事業所番号 | **１** | **2** | **3** | **4** | | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **0** |  |
| 事業所名称 | **瑞浪ケアプランセンター** | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 氏　　名 | **瑞　浪　　太　郎** | 被保険者番号 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | **○** | **○** | **○** | **○** | **○** |
| 要介護状態区分  ※いずれかに○ | 要支援１　　・　　要支援２　　・　　要介護１　　・　　新規認定申請中 | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | **２** 年　**４**月　**１**日　から　 **４** 年　**３**月　**３１**日　まで | | | | | | | | | | | |

**【利用者等告示第31号のイに該当すると判断できる理由】**

**※次の「理由１」又は「理由２」のいずれかにチェック☑してください**

☑理由１　調査票のうち基本調査の結果により利用者等告示第31号のイに該当する（以下、詳細）

（必要な添付書類①及び②のチェック☑）※ただし、下表「アの２」又は「オの３」以外は添付不要

　①　□　主治の医師からの情報の記録

②　□　福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能な者が参加するサービス担当者会議等の記録

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象種目　※該当する記号に○ | 利用者等告示第31号のイ　※該当する番号に○ | 基本調査の結果 |
| ア　車いす及び車いす付属品 | １　日常的に歩行が困難な者 | 基本調査１－７「３．できない」 |
| 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 | 主治の医師からの情報及びサービス担当者会議等の記録　※要添付 |
| イ　特殊寝台及び特殊寝台付属品 | １　日常的に起きあがりが困難な者 | 基本調査１－４「３．できない」 |
| ２　日常的に寝返りが困難な者 | 基本調査１－３「３．できない」 |
| ウ　床ずれ防止用具及び体位変換器 | １　日常的に寝返りが困難な者 | 基本調査１－３「３．できない」 |
| エ　認知症老人徘徊感知機器 | 次の１及び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「１．伝達できる」以外  又は  基本調査３－２～３－７のいずれかが「２．できない」  　　　　　　　又は  基本調査３－８～４－１５のいずれかが  「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。 |
| ２　移動において全介助を必要としない者 | 基本調査２－２「４．全介助」以外 |
| オ　移動用リフト  （つり具の部分を除く） | １　日常的に立ち上がりが困難な者 | 基本調査１－８「３．できない」 |
| ２　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「３．一部介助」又は「４．全介助」 |
| ３　生活環境において段差の解消が必要と認めら  れる者 | 主治の医師からの情報及びサービス担当者会議等の記録　※要添付 |
| カ　自動排泄処理装置 | 次の１及び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者 | 基本調査２－６「４．全介助」 |
| ２　移乗が全介助を必要とする者 | 基本調査２－１「４．全介助」 |

□理由２　利用者等告示第31号のイに該当する旨が医師の医学的所見に基づき判断され、かつ、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により判断できる（以下、詳細）

（必要な添付書類①及び②のチェック☑）

　①　医師の医学的所見（＝下表Ⅰ～Ⅲのいずれかに該当する旨）が確認できるもの　※いずれかにチェック☑

□　主治医意見書　　□　医師の診断書　　□担当の介護支援専門員が聴取した居宅サービス計画（医師の所見が記載）

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　②　サービス担当者会議等の記録（＝福祉用具貸与が特に必要である旨が確認できるもの）　※いずれかにチェック☑

□　サービス担当者会議の記録　　□居宅サービス計画　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 福祉用具貸与の種目 | 該当する記号（ア～カ）のすべてに○  ア　車いす又は車いす付属品（　車いす　・　車いす付属品　）※該当する種目に○  イ　特殊寝台又は特殊寝台付属品（　特殊寝台　・　特殊寝台付属品　）※該当する種目に○  ウ　床ずれ防止用具又は体位変換器（　床ずれ防止用具　・　体位変換器　）※該当する種目に○  エ　認知症老人徘徊感知機器  オ　移動用リフト（つり具の部分を除く）  カ　自動排泄処理装置 | | |
| 医師の医学的な所見 | 該当する記号（Ⅰ～Ⅲ）のいずれかに○  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、頻繁に利用者等告示第31号のイ（前ページの表を参照）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、短期間のうちに頻繁に利用者等告示第31号のイ（前ページの表を参照）に該当す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利用者等告示第31号のイ（前ページの表を参照）に該当すると判断できる者 | | |
| 医療機関 | 名称 |  |
| 電話番号 | **－　　　　　　　　　　　－** |
| 主治医氏名 |  | |

【参考】届出に必要な書類

理由１（＝基本調査の結果による）の場合

①要介護１の者等に係る指定福祉用具貸与（例外給付）の届出書　※この届出書

　　②主治の医師からの情報の記録　※ただし、前ページの表中「アの２」又は「オの３」以外の場合は不要

　　③サービス担当者会議等の記録　※ただし、前ページの表中「アの２」又は「オの３」以外の場合は不要

理由２（＝医師の医学的所見による）の場合

　　①要介護１の者等に係る指定福祉用具貸与（例外給付）の届出書　※この届出書

　　②医師の医学的所見が確認できるもの

　　③サービス担当者会議等の記録

＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝

（以下、市処理欄）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　裁 | 課　長 | 課長補佐 | 係　長 | 課　員 |
|  |  |  |  |

算定可

算定不可

　　年　　月　　日　上記について福祉用具貸与費が　　　　　と判断してよろしいか。