

記入例

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認について（確認依頼書）

(あて先) 茨木市長

医師の医学的所見に基づき、下記利用者の居宅介護(介護予防)サービス計画に指定(介護予防)福祉用具貸与を位置付けることについて、以下のとおり確認をお願いします。

申請日を記入してください。 ○年 5月 10日

取扱区分 居宅介護(介護予防)支援事業者名 ○○ケアプランセンター
(新規) 継続) 事業所所在地 〒567-8505 茨木市駅前三丁目○○
担当者名 長寿 花子 電話番号 072-620-○○○○

Table with 2 columns: Field (e.g., 被保険者番号, 住所, 生年月日) and Value (e.g., 123456, 〒567-8505 茨木市○○町○番○号, 昭和○年○月○日 (78)歳)

【必要な福祉用具の種類】 ※必要な貸与品目をチェックすること。

Table with 2 columns: Item (e.g., 特殊寝台及び特殊寝台付属品, 移動用リフト) and Check status (checkboxes)

【サービス利用】

利用開始日 ○年 5月 20日から利用(予定)

【医師の医学的所見/サービス担当者会議の開催状況等】

Main form area containing medical history (パーキンソン病), family support status, service provider info (ケアプラン作成担当者), and resident/family consent.

例外給付の保険給付期間は、原則、例外給付の申請日以降になりません。認定前にサービスの利用を開始する場合は、使用日より以前に医師の医学的所見を確認の上、サービス担当者会議を開催し、暫定のプランを作成する必要があります。

確認依頼書の提出が必要かどうかなど、判断に迷う場合は長寿介護課に相談してください。

「車いす及び車いす付属品」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については、提出不要です。
「移動用リフト(つり具の部分を除く)(昇降座椅子を除く)」生活環境において段差の解消が必要と認められる者は、提出不要です。

福祉用具貸与の利用開始日は医師の所見(聞き取りでも可)に基づいたサービス担当者会議の開催日以降になります。

(i)例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象
(ii)例 がん末期の急速な状態悪化
(iii)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

福祉用具が必要な理由を詳しく記載してください。(特に特殊寝台では、特殊寝台の機能が必要な理由等)
(i)例:「パーキンソン病で内服加療中の『ON・OFF現象』によって、頻りに臥位からの起き上がりが困難となるため、福祉用具貸与の状態像(i)に該当し、特殊寝台・特殊寝台付属品が必要。」

福祉用具貸与開始日より前に開催してください。

主治医がサービス担当者会議に出席できない場合は、事前に医学的所見(福祉用具貸与の必要性)が必要です。その内容を踏まえて、サービス担当者会議を開催し、福祉用具貸与の必要性を判断してください。

主治医から得た医学的所見及び福祉用具専門員のほか軽度者の状態像については、適切な助言が可能な者が参加するサービス担当者等を通じ、適切なケアマネジメントにより居宅介護支援事業者が判断することとなります。

要支援者の場合は地域包括支援センターの確認も必要です。(地域包括支援センター担当の場合は不要)

居宅サービス計画書および福祉用具サービス計画書は利用者の同意が必要です。

【新規申請必要書類】(介護)確認依頼書、居宅サービス計画書(1)(2)、福祉用具サービス計画書、サービス担当者会議の要点
【継続申請必要書類】(介護)新規申請必要書類+モニタリング表(直近のもの)
※1 この確認依頼書は、認定の更新又は要支援・要介護状態区分の変更があった場合や、居宅介護支援事業所の変更(介護予防支援の委託先変更を含む)があった場合は、再度、必要書類を作成し、提出すること。