

介護保険 軽度者等の福祉用具貸与に係る
福祉用具対象外種目貸与検討結果報告書及び確認申請書（新規・更新）

（宛先） 安曇野市長

申請日 令和 年 月 日

計画作成 担当者	地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所の名称： ケアプラン居宅介護支援事業所															
	計画作成担当者氏名： 長野 花子 連絡先 0 2 6 3 (7 1) 2 4 7 2															
対象者	フリガナ	アツミノ タロウ			被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	
	氏名	安曇野 太郎			介護度区分	要支援1・要支援2・ 要介護1 ・()										
					認定期間	令和 2年 3月23日～令和 5年 3月31日										
住所	長野県安曇野市 豊科 6000番地															
対象品目 (希望するもの)	1 車いす				2 車いす付属品				3 特殊寝台							
	4 特殊寝台付属品				5 床ずれ防止用具				6 体位変換器							
	7 認知症老人徘徊感知機器				8 移動用リフト(つり具を除く)				9 自動排泄処理装置							
基本調査(直近の 認定調査)の確認 結果。 どちらかに を して下さい。	1 「厚生労働大臣が定める者のイ」に該当する 1.裏面の該当箇所に をしてください。 2.下記の必要書類欄を確認、添付してこの報告書 と共に報告してください。福祉用具の確認書は発行さ れません。							2 「厚生労働大臣が定める者のイ」に該当しない 1.下記の医師の医学的所見の欄を記載し裏面の該 当箇所にも をしてください。 2.下記の必要書類欄を確認後、書類を添付してこ の申請書を提出してください。確認後、確認書を送付 します。								
医師の医学的 所見	主治医名			医療機関名												
	該当所見 該当する ものに	・疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻 繁に第95号告示第25号のイ(裏面表)に該当する者														
		・疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうち第95号告示第25号の イ(裏面表)に該当するに至ることが確実に見込まれる者														
		・疾病その他の原因により、身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的判 断から第95号告示第25号のイ(裏面表)に該当すると判断できる者														
確認書類	1.主治医意見書 2.医師と介護との連携連絡票 3.医師の診断書 4.その他 ~が必要だけでなく、具体的に上記の症状が確認できる記載のある書類を添付してください。															
【原因となる疾病等当該利用者の具体的状態像】 確認書類以外で加える内容があれば記載してください。																
必要添付書類	1. 「厚生労働大臣が定め る者のイ」に該当する			<input checked="" type="checkbox"/> ケアプラン <input checked="" type="checkbox"/> サービス担当者会議記録 <input checked="" type="checkbox"/> 認定調査表の写し 該当所見が確認できる書類 裏表(ア-(二)、オ-(三)を選択した場合)										<input checked="" type="checkbox"/> してください		
	2. 「厚生労働大臣が定め る者のイ」に該当しない			ケアプラン サービス担当者会議記録 認定調査表の写し 該当所見が確認できる書類 福祉用具相談員の意見書												
上記のとおり関係書類を添えて介護保険軽度者の福祉用具に係る報告及び確認申請を行います。 なお、本件については、下記のとおり対象者(本人もしくは家族等)の同意を得ております。 同意者住所 <u>ケアプラン</u> 同意者住所 <u> </u> 氏名 <u>ケアプラン同意者</u> (続柄:妻・長女等)																

市 確認欄	申請内容		医師の所見		基本項目該当		備考
	報告	確認	あり	なし	あり	なし	

記載例 該当項目チェック表（厚生労働大臣が定めるもの 95 号告示第 25 号のイ）

該当する項目の該当欄に をつけてください（老企第 36 条より抜粋）

対象外種目	厚生労働大臣が定める者 95 号告示第 25 号のイ	左に該当する 基本調査（認定調査）結果	該当に○
ア 車いす及び 車いす付属品	次のいずれかに該当する者		○
	(一) 日常的に歩行が困難な者	基本調査 1 - 7 「 3 . できない」	
イ 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		
	(一) 日常的に起き上がりが困難な者	基本調査 1 - 4 「 3 . できない」	
ウ 床ずれ防止用具 及び体位変換器	次のいずれかに該当する者		
	(二) 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	1	
エ 床ずれ防止用具 及び体位変換器	次のいずれかに該当する者		
	(二) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1 - 3 「 3 . できない」	
オ 移動用リフト	次のいずれにも該当する者		
	(一) 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 . できる」以外 基本調査 3 - 2 ~ 3 - 7 のいずれか 「 2 . できない」	
カ 自動排泄 処理装置	次のいずれにも該当する者		
	(一) 移動において全介助を必要としな い者	基本調査 3 - 8 ~ 4 - 15 のいずれか 「 1 . ない」以外 主治医意見書において、認知症のある旨 が記載されている	
キ 自動排泄 処理装置	次のいずれかに該当する者		
	(二) 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	
ク 自動排泄 処理装置	次のいずれかに該当する者		
	(一) 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」	
ク 自動排泄 処理装置	次のいずれかに該当する者		
	(二) 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」	
ク 自動排泄 処理装置	次のいずれかに該当する者		
	(三) 生活環境において段差の解消が必 要と認められる者	1	
ク 自動排泄 処理装置	次のいずれにも該当する者		
	(一) 排便が全介助を必要とする者	基本調査 2 - 6 「 4 . 全介助」	
ク 自動排泄 処理装置	次のいずれにも該当する者		
	(二) 移乗が全介助を必要とする者	基本調査 2 - 1 「 4 . 全介助」	

1 ア - (二) オ - (三) の該当欄に をつけた場合は、必ず医師の指示（医師氏名、医療機関を記載してください。また聞き取りの場合は、聞き取り日、聞き取ったケアマネジャー氏名を記載してください）、福祉用具相談員の意見が記入された、サービス担当者会議の記録書を報告書に添付してください。記入がない場合は、判断根拠となった、書類等を別に添付してください。

自動排泄処理装置の申請は要支援 1 ~ 要介護 3 の介護度の方です。