

羽 曳 野 市 長 様

指定居宅介護（介護予防）支援事業所  
 名 称  
 代表者 職名  
 氏名

印

**（介護予防）福祉用具貸与例外給付届出書**

要支援の者に係る指定介護予防福祉用具貸与費及び要介護1の者に係る指定福祉用具貸与費のうち対象外種目の費用の算定に関して、その者の状態像に応じて利用が想定される対象外種目に係る費用の算定を可能と判断することについて、下記のとおり届け出します。

担当者	氏 名	_____
	職 名	_____
	連絡先	TEL : _____
		Fax : _____
		E-mail : _____

**【対象者】**

被保険者番号	_____	被保険者氏名	_____
住所	〒 _____ 電話 ( _____ )		
生年月日	_____年 _____月 _____日 ( _____ 歳)		
要介護度等	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1		
認定有効期間	_____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日		
認定調査実施日	_____年 _____月 _____日		

○例外給付を判断する届出内容

(1) 必要と判断する福祉用具貸与の種目等

種 目	_____
品 目	_____

※下記の(2)(3)(4)により、特に必要性が判断される福祉用具の種目（告示で定める種目）及びその品目（名称）を記載。

(2) 例外給付の対象となる状態の事例類型に該当する旨の判断内容

①事例類型

<input type="checkbox"/>	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第23号告示第21号のイに該当する者
<input type="checkbox"/>	ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに第23号告示第21号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者
<input type="checkbox"/>	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第23号告示第21号のイに該当すると判断できる者

※ 費用算定告示の解釈通知に定める類型（i）、ii）、iii）のいずれかに該当する旨、下記の(3)の「医師の医学的な所見」に基づき判断をした、その該当する項目に☑を記載。

②事例類型の具体的内容

疾病名	
i) <input type="checkbox"/> (告示解釈通知の例示) パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象 ii) <input type="checkbox"/> (告示解釈通知の例示) がん末期の急速な状態悪化 iii) <input type="checkbox"/> (告示解釈通知の例示) ぜんそく発作等の呼吸不全 <input type="checkbox"/> (告示解釈通知の例示) 心疾患による心不全 <input type="checkbox"/> (告示解釈通知の例示) 嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避 <input type="checkbox"/> 上記以外の状態 ( )	
(上記いずれかの☑の具体的な内容・必ず記載)	

※「(告示解釈通知の例示)」は、費用算定告示の解釈通知に定める類型(i), ii), iii)に示され「例示」であるが、類型の状態の者に該当する可能性のあるものを例示したものにすぎないため、上記の大括弧内に、類型の状態に該当する具体的な内容を記載すること。「上記以外の状態」は、告示解釈通知の例示以外に類型の状態であると判断する場合に☑をし、その様態を小括弧内に記載し、類型の状態に該当する具体的な内容を大括弧内に記載すること。なお、別添「福祉用具が必要となる主な事例内容(概要)」を参照のこと。

(3) 事例類型に該当する旨を確認及び判断する「医師の医学的な所見」

<input type="checkbox"/> ①主治医意見書による確認 <input type="checkbox"/> ②医師の診断書 <input type="checkbox"/> ③担当の介護支援専門員が聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見 (上記のいずれかの方法により把握した「医師の医学的な所見」は、「医師の名前」と併せて居宅サービス計画又は介護予防サービス計画に記載しなければならない。)	
医療機関名 ( )	
主治医名 ( )	
≪上記を証明する書類(①又は②)の「写し」を添付して提出すること。≫	
<input type="checkbox"/> 事例類型 i), ii), iii) に該当すると判断した医学的所見を記載	
( )	

※上記、(2)の「例外給付の対象となる状態の事例類型」のいずれかに該当する旨の判断をした基礎となった「医師の医学的な所見」について、それを確認した方法について該当する事項に☑を記載。

(4) サービス担当者会議等を通じた適切ケアマネジメントによる福祉用具貸与が特に必要である旨の判断内容

①担当介護支援専門員

所属事業所名	
ケアプラン作成担当者氏名	

※ケアプラン作成担当者は、要支援者に係るケアプランの原案作成を委託している場合は、委託先のケアマネジャーについて記載すること。

②サービス担当者会議

会議開催日	年 月 日 ( )
会議出席者	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成担当者 <input type="checkbox"/> 利用者本人 <input type="checkbox"/> 家族、同居人 <input type="checkbox"/> 主治医 ( ) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与事業所 ( ) <input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員 ( ) <input type="checkbox"/> サービス提供事業所 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )

※サービス担当者会議は、やむを得ない理由がある場合の各担当者に対する照会等による意見の求めがなされた場合はその旨を記載すること。

③サービス担当者会議において福祉用具貸与が特に必要であるとされた意見等の内容

福祉用具貸与事業所の意見	
その他のサービス提供事業所の意見等	
本人、家族の意見・意向等	
その他	

④上記、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福祉用具貸与が特に必要であると判断する理由及び根拠

○添付する書類

○医師の医学的な所見を示す書類（写）

- 主治医意見書
- 医師の診断書

○担当者会議等の計画に関する書類（写）

- 居宅サービス計画書（第1表～第5表）
- 介護予防支援に係る関連様式

- (注) 1. 本届出書は、必要に応じて福祉用具貸与の継続の必要性を見直す際（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等）には、再度作成し提出すること。
2. 本届出書は、市町村長に提出するとともに、その写しを「サービス担当者会議」の記録と共に居宅介護（介護予防）支援事業所において保管しておくこと。