**「軽度者に対する（介護予防）福祉用具貸与確認書発行依頼書」**

**の提出について**

　　認定調査票の基本調査の結果が、例外的に対象外種目の福祉用具を利用できる状態にはないが、市が**次の①②の両方について**「軽度者に対する（介護予防）福祉用具貸与確認書発行依頼書」に基づき確認した場合に、例外的な給付が可能です。

**①医師の所見に基づき下記ⅰ)～ⅲ）いずれかに該当する状態であること**

※カッコ内の状態は、例示です。

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三十一号のイ（厚生労働大臣が定める者のイ）に該当する者　（例　パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象）

　ⅱ　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第

三十一号のイ（厚生労働大臣が定める者のイ）に該当することが確実に見込まれ

る者　（例　ガン末期の急速な状態悪化）

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三十一号のイ（厚生労働大臣が定める者のイ）に該当

すると判断できる者

（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）

**②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**

**が必要であると判断されていること**

**【提出書類】**

**１．軽度者に対する（介護予防）福祉用具貸与確認書発行依頼書**

**２．居宅サービス計画書（第１～３表）**

**または　介護予防サービス・支援計画書**

**３．サービス担当者会議の要点（第４表）**

担当ケアマネジャーが医師から聴取した医学的所見（聴取日、医師名、医師の所見

(ⅰ) ～ (ⅲ)、福祉用具の種類等）を明記してください。

《医学的所見聴取のポイント参考例》

　①疾病名　　で（医学的な所見の詳細）のため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②状態（　　）が困難な状態にあり、③ⅰ～ⅲの状態像に該当する者と判断で

きることを令和●年●月●日に病院名　　医師氏名　　に方法（　　）で意見を聴取した。

**４．医師診断書**　または　**軽度者に対する福祉用具貸与意見書　※**

**※**サービス担当者会議の要点に医師から聴取した医学的所見の記載がある場合は

いずれも省略可です。医師の医学的所見を文書で求める場合に、文書料がかかる

こともあるので医療機関に事前に確認するようにしてください。

【提出先】

横須賀市民生局福祉こども部介護保険課　給付係

〒238-8550　横須賀市小川町11番地

【提出期限】

　　原則、利用開始前に提出してください。ただし、末期がん患者の急な退院等により

やむを得ず提出より前に利用を開始する場合は、貸与開始日から概ね1か月以内

に提出をしてください。

【よくある問い合わせ】

Q１．利用者を引き継いだ場合、再度依頼書の提出をする必要があるか。

A１．再度依頼書の提出は必要ありませんが、前任のケアマネジャーから必要な情

　　　報の引継ぎを行ってください。

Q２．福祉用具貸与事業者から認定調査票の写しを提供するよう要望がありました

が、提供すべきでしょうか。

A2．福祉用具貸与事業者は、認定調査票の写しをケアマネジャー（ケアマネジャ

ーがいない場合は利用者本人）から入手し、「厚生労働大臣が定める者のイ」

に該当することを確認し、保存する必要があります。求めに応じ、提供して

ください。

　　年　　月　　日

横須賀市長

事 業 所 名

担当介護支援専門員名

**軽度者に対する(介護予防)福祉用具貸与確認書発行依頼書**

次の利用者に対して、医師の医学的な所見に基づき判断し、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福祉用具貸与が特に必要と判断しましたので、確認をお願いします。

１．貸与を予定している被保険者情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　　　所 | 横須賀市 | 要 介 護 度 |  | | | | | | | | | |

２．貸与を予定している福祉用具

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉用具の種類 |  |
| 貸与事業者名 |  |
| サービス開始年月日 |  |

３．医師の所見（該当するものに○）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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三十一号のイに該当する者  （例　パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象） |
|  | ⅱ　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第  三十一号のイに該当することが確実に見込まれる者  　　（例　がん末期の急速な状態悪化） |
|  | 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三十一号のイに該当すると判断できる者  （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） |

４．添付書類

|  |  |
| --- | --- |
|  | 居宅サービス計画書（第１～３表）　または　予防介護サービス・支援計画書 |
|  | サービス担当者会議の要点（第４表） |
|  | 医師診断書　または　軽度者に対する福祉用具貸与意見書  ※サービス担当者会議の要点に医師の医学的所見が明記されていれば、省略できます。 |

**軽度者に対する福祉用具貸与意見書**

**被保険者**

|  |  |
| --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ |  |
| 被保険者氏名 |  |
|
| 生年月日 | （明・大・昭）　　年　　　月　　　日生　　（　　　　歳） |
| 住所 | 〒 |
|  |

**医師所見**

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者の状況及び意見 |  |
| 必要とする福祉用具 |  |
| ※下記所見のうち該当するもの | ⅰ　　　　　ⅱ　　　　　ⅲ |

※所見

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三十一号のイに該当する者

ⅱ　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第三十一号のイ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三十一号のイに該当すると判断できる者

上記の通り所見します。

　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話