

神戸市福祉局介護保険課

自署が困難な場合は、記名・押印してください。

軽度者に

【用具貸与の例外給付の確認について（忘れずに記載してください。）

忘れずに記載してください。

申請事業所名	(株) 高齢福祉サービス	事業所番号	2800000001
管理者名	(自署) 介護 花子	要支援の利用者のうち、居宅支援事業所に介護予防支援業務を委託している場合は、申請事業所は受託している居宅支援事業所になります。その場合は「介護予防支援事業所」欄に委託している事業所名を記入してください。	
所在地	神戸市中央区加納町6丁目		
連絡先	TEL 078-331-8181		
(介護予防支援事業所)	予防支援あんしんすこやかセンター		

下記の①～③について担当の居宅介護（介護予防）支援事業所より説明を受け、同意しました。

- ①居宅介護（介護予防）支援事業所が、私の福祉用具貸与の例外給付に関する確認依頼申請を下記のとおり行うこと
- ②確認結果通知を当該居宅介護（介護予防）支援事業所あてに送付すること
- ③この申請にかかる確認のために必要があるときは、私の要介護度や心身の状況について、神戸市が調査すること

例外給付の確認申請をするにあたって、被保険者の同意を得てください。自署が困難な場合は、記名・押印してください。

本人同意欄	氏名(自署) 神戸 太郎
-------	--------------

次の被保険者に対して、医師の意見（医学的な所見）に基づき状態像が判断され、かつサービス担当者会議の開催等を通じた適切なケアマネジメントを行ったところ、（介護予防）福祉用具貸与が必要と判断しましたので、確認を依頼します。

1. 貸与を予定している被保険者

被保険者氏名	神戸 太郎	要介護2・要介護3の方については、自動排泄処理装置（便対応のもの）を貸与する場合のみこの手続きが必要です。
住所	神戸市 中央 区 雲井通5丁目1-1	
要介護度(該当に○)	要支援1・ <b>要支援2</b> ・要介護1・要介護2・要介護3	認定申請中(申請日 令和 年 月 日)
認定有効期間	令和 元年 5月 1日 ~ 令和 2年 5月 31日	

2. 貸与を必要と判断した福祉用具

福祉用具の種類(該当に○)	<ul style="list-style-type: none"> <li>特殊寝台</li> <li>特殊寝台付属品</li> <li>体位変換器</li> <li>認知症老人徘徊感知機器</li> </ul>	ケアプラン第2表（介護予防ケアプラン(2)）の「利用開始日」と合致しているか確認してください。まだ、利用を開始していない場合は『未定』と記入。
利用(貸与)開始日	令和 元年 6月 1日 ~	

3. 医学的所見（医学的所見の確認書類に基づいた状態像）

必ず該当に○をします	(i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は月に該当する者	<p>&lt;特に必要と判断した理由：記載例&gt;</p> <p>状態像(i) 重度の関節リウマチにより関節のこわばりが朝方に強くなり、起き上がりが困難となる。自力でのスムーズな起き上がりを可能にするためには、特殊寝台の利用が必要であると判断した。</p> <p>状態像(ii) がん末期で急激に状態が悪化し、短期間で寝返りや起き上がりが困難な状態に至ると確実に見込まれるため、特殊寝台の利用によりスムーズな起き上がりを行うことができる。また、食欲不振が続き栄養状態が悪いため、床ずれ防止用具による褥創の予防が必要であると判断した。</p> <p>状態像(iii) 骨粗しょう症による腰椎圧迫骨折を繰り返しており、起き上がり時の負担により再発の危険性が高い。圧迫骨折を回避するためにも特殊寝台および特殊寝台付属品の必要性があると判断した。</p> <p>重度の心不全による呼吸苦の重篤化を回避するために、上体をすみやかに一定の角度に起こす必要があるため、特殊寝台の必要性があると判断した。</p>
状態像(該当に○)	(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が顕著な状態にある者 医師から書類を入手した日ではなく、面談、TEL等で所見を確認した日です。	
所見確認日	令和 元年 5月 20日	

4. 特に必要と判断した理由（ケアマネジメント結果）

サービス担当者会議開催日：令和 元年 5月 22日

がん末期で急激に状態が悪化し、短期間で寝返りや起き上がりが困難な状態に至ると確実に見込まれるため、特殊寝台の利用によりスムーズな起き上がりを行うことができると判断した。

『サービス担当者会議の記録を参照』は不可。

寝台

※添付書類

- 要介護分：①医学的所見の確認書類(写) ②居宅サービス計画書(1)(2) ③サービス担当者会議の要点(写) ※がん末期の場合、②は不要
- 要支援分：①医学的所見の確認書類(写) ②生活状況を把握するための調査票(写) ③介護予防サービス・支援計画表(1)(2)(写) ④支援経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)(写)
- ※がん末期の場合、②③は不要  
※サービス担当者会議の要点を別紙に記録した場合は別紙も添付

神戸市記載欄	確認番号
--------	------