

福祉用具貸与の例外利用者に関する届出書

【奥多摩町】

居宅介護（介護予防）支援事業者名		届出者氏名 （担当ケアマネジャー）	
------------------	--	----------------------	--

次のとおり、軽度者の福祉用具貸与の例外利用者に関して届出します。

フリガナ		保険者番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女
要介護度	要支援1 要支援2 要介護1	福祉用具貸与の区分	新規 ・ 継続
認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日	利用開始（予定）日	年 月 日
福祉用具貸与事業所名		福祉用具貸与事業所番号	
福祉用具の商品名または型番		福祉用具のメーカー名	

※表面の必要事項を記入後、裏面の提出書類の口にチェックを入れてください。

町記入欄（事業所の方は記入しないで下さい）

対象外種目	提出書類チェック	現地調査 必要 ・ 不要	追加資料提出 必要・不要
□ア 車いす及び車いす付属品	□届出書 □カタログのみ → □直近の認定調査結果の確認	訪問日 年 月 日	提出書類
□イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	□届出書 □カタログ □ケアプラン	その他意見	
□ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器	→ □①居宅サービス計画書（第1表～第3表） 介護予防サービス・支援計画票（1/3～3/3）		係員 係長 課長 決裁欄
□エ 認知症老人徘徊感知機器	□②サービス担当者会議の要点（第4・5表等）		
□オ 移動用リフト（つり具の部分を除く）	□③貸与品目に関する主治医の意見が確認できるもの		

【表面記入例】

福祉用具貸与の例外利用者に関する届出書

【奥多摩町】

居宅介護（介護予防）支援事業者名	西多摩居宅介護支援事業所	届出者氏名 (担当ケアマネジャー)	介護 太郎
------------------	--------------	----------------------	-------

次のとおり、軽度者の福祉用具貸与の例外利用者に関して届出します。

フリガナ		保険者番号	
被保険者氏名	西多摩 花子	被保険者番号	00000000001
生年月日	明・大・昭 1 年 1 月 1 日	性別	男 ・ 女
要介護度	要支援1 要支援2 要介護1	福祉用具貸与の区分	新規 継続
認定有効期間	令和3年10月1日～令和4年9月30日	利用開始（予定）日	令和4年2月1日
福祉用具貸与事業所名	西多摩レンタル株式会社	福祉用具貸与事業所番号	1000000001
福祉用具の商品名または型番	チタン製車いす～シリーズ RE-TU	福祉用具のメーカー名	福祉用具製作株式会社

○既に貸与を継続している場合
福祉用具貸与の区分…「継続」
利用開始日の欄………実際に利用開始をした日

○新規に貸与を開始する場合
福祉用具貸与の区分…「新規」
利用開始日の欄………利用開始予定日
と記入してください。

※表面の必要事項を記入後、裏面の提出書類の口にチェックを入れてください。

町記入欄（事業所の方は記入しないで下さい）

対象外種目	提出書類チェック	現地調査 必要 ・ 不要	追加資料提出 必要 ・ 不要
□ア 車いす及び車いす付属品	□届出書 □カタログのみ → □直近の認定調査結果の確認	訪問日 年 月 日	提出書類
□イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	□届出書 □カタログ □ケアプラン	その他意見	
□ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器	→ □①居宅サービス計画書（第1表～第3表） 介護予防サービス・支援計画表（1/3～3/3）		係員 係長 課長 決裁欄
□エ 認知症老人徘徊感知機器	□②サービス担当者会議の要点（第4・5表等）		
□オ 移動用リフト（つり具の部分を除く）	□③貸与品目に関する主治医の意見が確認できるもの		

福祉用具貸与例外利用者提出書類一覧表

対象外種目	例外に該当する者 ※例外利用者	要介護認定結果等	主治医による該当区分	提出書類
ア 車いす及び車いす付属品 (①・②のいずれかに該当する者)	①日常的に歩行が困難な者	基本調査1-7 歩行「3. できない」	i ii iii	<input type="checkbox"/> 届出書 カタログ <input type="checkbox"/> 主治医意見書(写)
	②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	認定調査結果がないため、主治医の意見を踏まえつつ、サービス担当者会議等を開催するなどの適切なケアマネジメントを通じて、指定介護予防支援事業者又は指定居宅介護支援事業者が判断		<input type="checkbox"/> 届出書 カタログ <input type="checkbox"/> ケアプラン
イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品 (①・②のいずれかに該当する者)	①日常的に起き上がりが困難な者	基本調査1-4 起き上がり「3. できない」	i ii iii	<input type="checkbox"/> 届出書 カタログ <input type="checkbox"/> 主治医意見書(写)
	②日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3 寝返り「3. できない」	i ii iii	<input type="checkbox"/> 届出書 カタログ <input type="checkbox"/> 主治医意見書(写)
ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3 寝返り「3. できない」	i ii iii	<input type="checkbox"/> 届出書 カタログ <input type="checkbox"/> 主治医意見書(写)
エ 認知症老人徘徊感知機器 (①・②のいずれにも該当する者)	①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 意思の伝達「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外又は基本調査3-2～基本調査3-7いずれか「2. できない」又は基本調査3-8～基本調査4-15のいずれか「1. ない」以外 その他 主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む	i ii iii	<input type="checkbox"/> 届出書 カタログ <input type="checkbox"/> 主治医意見書(写)
	②移動において全介助を必要としない者	基本調査2-2 移動 「4. 全介助」以外	i ii iii	
オ 移動用リフト(つり具の部分を除く) (①・②・③のいずれかに該当する者)	①日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査1-8 立ち上がり 「3. できない」	i ii iii	<input type="checkbox"/> 届出書 カタログ <input type="checkbox"/> 主治医意見書(写)
	②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 移乗「3. 一部介助」又は「4. 全介助」	i ii iii	<input type="checkbox"/> 届出書 カタログ <input type="checkbox"/> 主治医意見書(写)
	③生活環境において段差の解消が必要と認められる者	認定調査結果がないため、主治医の意見を踏まえつつ、サービス担当者会議等を開催するなどの適切なケアマネジメントを通じて、指定介護予防支援事業者又は指定居宅介護支援事業者が判断		<input type="checkbox"/> 届出書 カタログ <input type="checkbox"/> ケアプラン

《提出書類に関する注意事項》

- ※「届出書 カタログ」と書かれた該当者につきましては、調査結果を確認し、届出書と貸与する福祉用具のカタログのコピーを提出してください。
(提出書類の口にチェックを入れてください)
- ※「ケアプラン」と書かれた該当者(車いすの②、移動用リフトの③)につきましては、ケアプランの提出が必要です。(提出書類の口にチェックを入れてください。)
次の①～③の書類も併せて提出してください。
- ① 居宅サービス計画書(第1表～第3表) 介護予防サービス・支援計画表(1/3～3/3)
 - ② サービス担当者会議の要点(第4・5表等)
 - ③ 貸与品目に関する主治医の意見が確認できるもの(例 サービス担当者会議資料 主治医への照会資料)
- 提出後内容の確認をさせていただきます。なお、不明な点がある場合には、追加資料の提出依頼や調査をすることもありますのでよろしくお願いいたします。

- ※「主治医意見書(写)」は医師の診療情報提供書(写)でも可。
- ※「主治医による該当区分」について
- 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「※例外利用者」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「※例外利用者」に該当するに至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「※例外利用者」に該当