

車椅子等 軽度者(要支援1・2、要介護1)例外給付利用申請書

適切なケアマネジメントを行った結果、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。

事業所

ケアマネージャー

利用者

介護度

【種類】	【補助用具】
<input type="checkbox"/> 電動車いす	<input type="checkbox"/> クッション
<input type="checkbox"/> 自走車いす	<input type="checkbox"/> ブレーキ
<input type="checkbox"/> 介助用車いす	<input type="checkbox"/> 背もたれ
	<input type="checkbox"/> テーブル

①認定調査項目

【認定調査】 基本調査項目	1-7 歩行	<input type="checkbox"/> 1. つかまらないでできる	<input type="checkbox"/> 2. 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> 3. できない		
【認定調査】 基本調査項目	認知症 自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II a	<input type="checkbox"/> II b	<input type="checkbox"/> III a以上
【主治医意見書】	認知症 自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II a	<input type="checkbox"/> II b	<input type="checkbox"/> III a 以上

②例外給付に関するアセスメント

共通	日常的に歩行が困難ですか？	<input type="checkbox"/> 1. つかまらないでできる		<input type="checkbox"/> 2. 何かにつかまればできる		
	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ますか (以下のアセスメントに基づき判断し☑)	<input type="checkbox"/> 1. 必要と認められない		<input type="checkbox"/> 2. 特に必要と認められる		
自走 電動	セニアカー等での移動は、道路交通法では歩行者として扱われます。歩道を通り、歩道のない道路では右側通行、道路の横断は横断歩道を利用するなど、交通ルールを守って使用できますか	<input type="checkbox"/> 1. できる		<input type="checkbox"/> 2. できない		
アセ ス メ ン ト 確 認 項 目	使用頻度	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週2~3回	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 月2~3回	
	使用目的	<input type="checkbox"/> 日用品の買い物	代替できる方法の有無			
		<input type="checkbox"/> ごみ出し	・家族の協力や支援		有・無	
		<input type="checkbox"/> 通院	・歩行器利用で対応		可・不可	
		<input type="checkbox"/> 預貯金の出し入れ、各種手続きへの外出	・公共交通機関での対応		可・不可	
	<input type="checkbox"/> その他(・訪問介護の利用		有・無		
	生活環境	<input type="checkbox"/> 坂道、傾斜がきつい	危険の有無を踏まえた移動支援の必要性			
<input type="checkbox"/> 道路に凹凸が多く、杖歩行が困難						
<input type="checkbox"/> 交通量が多く、歩道がない						
<input type="checkbox"/> 交通環境が悪い						
<input type="checkbox"/> 筋力維持・向上のための運動機会がある						

③車いす利用に対する医師の意見

確認日 令和 年 月 日

共通	移動の支障となる 原因疾患名及び支障状況	
自走	疾病状況等を踏まえ、安全に運転が可能な身体機能(操作技術・視覚・聴覚等)を備えているか	<input type="checkbox"/> 1. 備えている <input type="checkbox"/> 2. 備えていない
電動	介護認定時の認知症自立度等を踏まえ、認知機能(理解判断力・注意機能・危険予測・短期記憶等)の条件を備えているか	<input type="checkbox"/> 1. 備えている <input type="checkbox"/> 2. 備えていない
確認した医師	医療機関名	医師名

※提出書類：①例外給付利用申請書 ②アセスメント(写) ③ケアプラン(写) ④サービス担当者会議の記録(写)
※提出時期：新規、継続利用時(認定更新・区分変更認定時)、記載内容変更時(居宅介護支援事業所変更時等)