

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 |
|------------------|--------|--|---|----------------------------------|

※上記が「3、できない」以外の場合は、以下を記載し健康福祉課へ提出してください。

②例外給に関する医師の所見

記入日 令和 年 月 日

| | |
|---|---------------------------------------|
| 【軽度者に対する例外給付の必要性】 日常生活範囲における移動の支援について | <input type="checkbox"/> 1. 必要と認められない |
| | <input type="checkbox"/> 2. 必要と認められる |
| 【電動車いすの利用について】 安全に運転が可能な身体機能(操作技術・視覚・聴覚等)と認知機能(理解判断力・注意機能・危険予測等)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 |
| 移動の支障となる 原因疾患等 | |
| 医師の所見 (現在の歩行状況等) | |
| 主治医名 | 医療機関名 医師名 |

③例外給付に関するケアマネジメント

| | | |
|----------|---|---|
| 生活環境 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居家族はいるが仕事等のため日中独居 <input type="checkbox"/> 移動の手段がない <input type="checkbox"/> 付き添いがいないと外出できない | 福祉用具の貸与が 特に必要と判断した理由 (ケアマネジメント結果) |
| 周辺環境 | <input type="checkbox"/> 坂道、傾斜がきつい <input type="checkbox"/> 道路に凹凸が多く、杖歩行が困難 <input type="checkbox"/> 交通環境が悪い <input type="checkbox"/> 移動手段の費用が高い | |
| 利用者の希望 | <input type="checkbox"/> 一人で外出したい <input type="checkbox"/> 病院・リハビリテーションに行きたい <input type="checkbox"/> 買い物に行きたい <input type="checkbox"/> 趣味の活動に参加したい <input type="checkbox"/> 地域の行事・活動に参加したい | |
| 想定する使用頻度 | <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週3~4回 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 日常的な使用頻度が見込めない | |

※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)

