

函館市軽度者に対する福祉用具貸与費等の算定の取扱いに
関する要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、別に定めるもののほか、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年老企第36号。以下「平成12年通知」という。）第二の9（2）①ウおよび指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成18年老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号。以下「平成18年通知」という。）第二の11（2）①ウの規定に基づき、要介護状態区分が要介護1（貸与する福祉用具が自動排泄処理装置の場合は要介護2、要介護3を含む。）である要介護者または要支援者（以下「軽度者」という。）に対する指定福祉用具貸与費または指定介護予防福祉用具貸与費を算定する場合の取扱いに関し必要な事項を定めるものとする。

(申請)

第2条 平成12年通知第二の9（2）①ウまたは平成18年通知第二の11（2）①ウの規定による指定福祉用具貸与費または指定介護予防福祉用具貸与費の算定（以下「例外給付」という。）が必要であることの確認を受けようとする者は、別記第1号様式の申請書に次に掲げる書類を添えて、市長に申請しなければならない。なお、当該確認に係る軽度者が当該確認の有効期間内に要介護認定または要支援認定の変更を受けた結果、再度軽度者となった場合も、同様とする。

- (1) 居宅サービス計画書または介護予防サービス計画書の写し
- (2) サービス担当者会議の記録またはこれに準ずる書類
- (3) 主治医意見書、医師の診断書または担当の指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員または指定介護予防支援事業所の担当職員（以下「ケアマネジャー等」という。）が聴取した居宅サービス計画書

もしくは介護予防サービス計画書に記載する医師の所見等を記載した書面

- 2 市長は、前項の規定による申請があった場合において、同項の確認ができ例外給付の必要があると認めるとき、または同項の確認ができず例外給付を必要としないと認めるときは、別記第2号様式の通知書により、その旨を当該申請をした者に通知するものとする。

(確認の有効期間)

第3条 前条第2項の確認の有効期間は、別記第1号様式記載の貸与開始日(貸与開始予定日)から、当該軽度者の要介護認定または要支援認定の有効期間の終了日までとする。

なお、貸与開始年月日が申請月より前であった場合については、当該申請月の初日から、当該軽度者の要介護認定または要支援認定の有効期間の終了日までとする。

(例外給付の可否の見直し等)

第4条 ケアマネジャー等は、第2条第1項の確認に係る軽度者について、次回のサービス担当者会議により例外給付の可否を見直し、その結果を記録しなければならない。

- 2 ケアマネジャー等は、前項の規定による見直しの結果、継続して例外給付の必要があると認めるとき、または例外給付に係る福祉用具の種目を変更する必要があると認めるときは、第3条の確認の有効期間が満了する日の前日までに第2条の申請をしなければならない。この場合においては、第2条第2項の規定を準用する。

- 3 ケアマネジャー等は、第1項の規定による見直しの結果、例外給付を必要としないと認めるときは、その旨を市長に届け出なければならない。

(補則)

第5条 この要綱に定めるもののほか例外給付の取扱いに関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、平成19年5月31日から施行し、同年4月1日以後に

軽度者が受けた指定福祉用具貸与費または指定介護予防福祉用具貸与費について適用する。

附 則

この要綱は、平成20年9月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成24年11月29日から施行し、同年4月1日から適用する。
- 2 平成24年4月1日から同年11月28日までの間において自動排泄処理装置の貸与を受けた軽度者に係る指定福祉用具貸与費または指定介護予防福祉用具貸与費の算定についての函館市軽度者に対する福祉用具貸与費等の算定の取扱いに関する要綱第3条の規定の適用については、同条中「当該申請月の初日から」とあるのは、「当該貸与開始年月日から」とする。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

（あて先）函館市長

居宅介護（介護予防） 支援事業所名	
居宅介護（介護予防） 支援事業所所在地	〒 ー
居宅介護（介護予防） 支援事業所代表者名	
居宅介護（介護予防） 支援事業所電話番号	() ー
担 当 者 名	

福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）の例外給付に係る確認を受けたいので、次のとおり申請します。
なお、この申請については、対象となる被保険者より次の事項について同意を得ております。

- （1）居宅介護（介護予防）支援事業所が、対象となる被保険者の福祉用具貸与の例外給付の確認申請を行うこと。
- （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、対象となる被保険者の要介護認定または要支援認定の結果や心身の状態および疾病など必要な事項について、函館市が調査すること。

1	被保険者	氏 名				被保険者番号															
		住 所						生年月日													
		要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 認定申請中（申請日 年 月 日）																		
		認定有効期間	年 月 日～					年 月 日													
2	福祉用具を必要とする理由	<input type="checkbox"/>	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する。																		
		<input type="checkbox"/>	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる。																		
		<input type="checkbox"/>	疾病その他の原因により、身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる。																		
3	確認を必要とする福祉用具および該当する状態像※	<input type="checkbox"/>	特殊寝台	<input type="checkbox"/>	日常的に起き上がりが困難な者	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者														
		<input type="checkbox"/>	特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/>	日常的に起き上がりが困難な者	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者														
		<input type="checkbox"/>	床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者																
		<input type="checkbox"/>	体位変換器	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者																
		<input type="checkbox"/>	認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/>	意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動において全介助を必要としない者																
		<input type="checkbox"/>	自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/>	排便および移乗において全介助を必要とする者																
4	福祉用具を必要とする理由を確認した方法・日付	<input type="checkbox"/>	医師から所見を聴取	聴取日	年	月	日														
		<input type="checkbox"/>	医師の診断書等	診断書作成日	年	月	日														
		<input type="checkbox"/>	主治医意見書	意見書作成日	年	月	日														
5	サービス担当者会議開催日（上記4の聴取日・作成日以後である必要があります）							年	月	日											
6	貸与開始日（貸与開始予定日）							年	月	日											
7	福祉用具貸与事業所（介護予防福祉用具貸与事業所）	事業者名																			
		電話番号	() ー																		

添付書類については裏面をご覧ください。

添付書類

- ① 福祉用具を必要とする理由が確認できる書類
- ② サービス担当者会議の記録
- ③ 居宅（介護予防）サービス計画書

添付書類確認事項

- ①：医師から所見を聴取した場合は、医師の氏名，聴取日時，聴取方法（電話・面接等），聴取内容をサービス担当者会議の要点又は介護予防支援経過記録に記載し，その写しを提出してください。

医学的所見の照会書および医師の診断書等（主治医連絡票を含む），主治医意見書の場合は，その写しを提出してください。

- ②：福祉用具貸与については，国の標準様式（第4表），介護予防福祉用具貸与については，国の標準様式（介護予防支援経過記録）によるものとします。

「開催日（照会日・回答日）」，「出席者（回答者）」および「福祉用具貸与の例外給付についての検討内容（照会内容・回答内容※①の内容）」を必ず記載してください。

やむを得ない理由によりサービス担当者会議を開催せず，担当者に対する照会等により意見を求めた場合は，この内容が記録された書面の写しを提出してください。

- ③：居宅サービス計画書は国の標準様式（第1表および第2表）に，介護予防サービス計画書は国の標準様式（介護予防サービス・支援計画書）によるものとします。

「医師の氏名」，「医師の所見」および「当該福祉用具貸与が特に必要な理由」を必ず記載してください。

年 月 日

様

函館市長

軽度者に対する福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）の例外給付の確認について（通知）

年 月 日付けで申請のあった福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）の例外給付については、次のとおり確認したので通知します。

被保険者氏名			被保険者番号																	
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3																			
認定有効期間	年 月 日 ~									年 月 日										
福祉用具の種目 ○印は例外給付可 ×印は例外給付不可 を表しています。	特殊寝台					特殊寝台付属品														
	床ずれ防止用具					体位変換器														
	認知症老人徘徊感知機器					自動排泄処理装置														
確認の有効期間	年 月 日 ~									年 月 日										
確認番号																				

【特記事項】

【確認後の見直しについて】

- ※①：継続して例外給付を受ける必要がある場合、確認の有効期間が満了する日の前日までに例外給付の確認の申請をしてください。
- ※②：確認の有効期間内に要介護認定または要支援認定の変更を受けた結果、要介護度が要介護1（貸与品目が自動排泄処理装置の場合は要介護2，要介護3を含む。）、要支援1または要支援2だった場合、再度例外給付の確認の申請をしてください。
- ※③：福祉用具の種目の変更が必要となった場合にも、再度確認の申請が必要です。
- ※④：例外給付の確認の申請をせずに保険給付を受けた場合は、函館市の指導および監査等により返還の対象となる場合がありますので、御注意ください。

(函館市
 TEL
)