

【電子申請マニュアル】軽度者に対する指定（介護予防）福祉用具貸与に係る届出

※画面は開発中のものです。一部異なる場合があります。

- 1 町田市ホームページ「軽度者に対する福祉用具貸与について（介護保険）」から、電子申請ページにアクセスしてください。

町田市ホームページ： https://www.city.machida.tokyo.jp/iryo/kaigo/business/fukushiyogu/yogu_taiyo.html

電子申請ページ： <https://ttzk.graffer.jp/city-machida/smart-apply/apply-procedure-alias/keidosyafukushiyou>

- 2 電子申請ページからグラファーのアカウントでログイン、もしくはアカウントを新規作成し、ログインしてください。

ログイン方法、アカウント作成方法については、下記リンクからご確認ください。

ログイン方法： <https://graffer.jp/faq/irrgl8>

アカウント作成方法： <https://graffer.jp/faq/wh3fgw>

※アカウント登録がなくても、メールアドレス認証によりゲスト利用が可能ですが、入力内容の一時保存や送信履歴の確認等、一部機能が制限されます。

※ログイン方法、アカウント作成方法に関するお問い合わせは、(株)グラファーへお願いします。

- 3 利用規約をご確認いただき、同意欄にチェックを入れてください。

「申請に進む」が有効になりますので、選択してください。

軽度者に対する指定（介護予防）福祉用具貸与に係る届出書

入力の状況

0%

町田市の「軽度者に対する指定（介護予防）福祉用具貸与に係る届出書」のオンライン申請ページです。

利用規約をご確認ください

[利用規約](#) に同意して、申請に進んでください。

利用規約に同意する **必須**

申請に進む

- 4 申請者（担当ケアマネジャー）の情報を入力してください。
入力が完了すると「一時保存して、次へ進む」が有効になりますので、選択してください。

入力フォーム

申請者の情報

法人情報は、法人名や法人番号から検索して自動入力することも可能です。

法人名または法人番号で検索

東京都 ▼ 法人名または法人番号を入力してください。 🔍

🔍 法人を検索して自動入力する

法人名 必須

居宅介護支援事業所の法人名を入力してください。 ✓

事業所名 必須

居宅支援事業所の事業所名を入力してください。 ✓

電話番号 必須

日中に連絡が取れる電話番号を入力してください

担当ケアマネジャーの連絡先を入力してください。 ✓

メールアドレス 自動入力

承認通知をメールでお送りします。

メールアドレス欄には、ログインしているアカウントに紐づいたメールアドレスが自動入力されます。

■■■■@■■■■.com ✕

連絡担当者名 必須

申請内容に確認が必要な際に連絡することがあるため、担当ケアマネジャーの氏名を入力してください

担当ケアマネジャーの氏名を入力してください。 ✓

一時保存して、次へ進む

< 申請の概要等の確認に戻る

5 被保険者情報を入力してください。

入力フォーム

届出事項の入力

被保険者氏名（姓） 必須

被保険者の氏名（姓）を入力してください。



被保険者氏名（名） 必須

被保険者の氏名（名）を入力してください。



被保険者カナ氏名（姓） 必須

被保険者の氏名（フリガナ・姓）を入力してください。



被保険者カナ氏名（名） 必須

被保険者の氏名（フリガナ・名）を入力してください。



生年月日 必須

利用者の生年月日を教えてください。

年

月

日



要介護度 必須

新規申請中

更新申請中

区分変更申請中

要支援 1

要支援 2

要介護 1

要介護 2 以上

被保険者番号について 必須

対象者の被保険者番号は分かっていますか。

介護認定の新規申請や転入等により被保険者番号が不明な場合→「いいえ」

はい

いいえ

被保険者番号 必須

先頭の0は入力しないでください。

先頭の0は不要です。

注) 被保険者番号がH~から始まる方は、こちらのフォームでは申請できませんので、生活介護課へご連絡ください。(Tel. 042-724-2134)

123456



要介護(要支援)認定開始日 必須

2026 年 6 月 1

要介護(要支援)認定終了日 必須

2027 年 5 月 30

サービス計画作成(変更)日 必須

2026/05/28



サービス担当者会議開催日 必須

2026/05/29



車いす及び"段差解消"リフトの申請について 必須

車いす・車いす付属品および段差解消リフトについては、主治医
会議で認められた旨がケアプランに明記されている場合、申請は不要です。

確認しました

カレンダーアイコンを選択し、カレンダーから日付を選択することも可能です。



6 貸与の対象品目を選択してください。

車いす及び"段差解消"リフトの申請について 必須

車いす・車いす付属品および段差解消リフトについては、主治医から得た情報やサービス担当者
会議で認められた旨がケアプランに明記されている場合、申請は不要です。

確認しました

必ず確認をしてからチェックをして下さい。

対象品目① 必須

特殊寝台及び特殊寝台付属品

対象品目② 任意

床ずれ防止用具及び体位変換器

選択してください

- 特殊寝台及び特殊寝台付属品
- 床ずれ防止用具及び体位変換器**
- 認知症老人徘徊感知機器
- 移動用リフト（段差解消リフトを除く）
- 自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引するものを除く）

対象品目の入力欄を選択すると、選択肢が表示されます。該当するものを選択してください。
4品目め以降を入力したい場合は、申請ページ最後の特記事項欄に入力してください。

※「車いす及び車いす付属品」「移動用リフト（昇降座椅子・立ち上がり補助椅子除く）」のみの場合については、サービス担当者会議等で必要性が認められた場合、届出は不要です。

※上記以外の品目についても、直近の認定調査の結果が、別表1の「該当する基本調査の結果」にあてはまる場合、届出は不要です。

別表1：https://www.city.machida.tokyo.jp/iryo/kaigo/business/fukushiyogu/yogu_taiyo.files/beppyou1-2.pdf

7 主治医意見の確認方法、内容を入力してください。

(1) 医師から聴取した所見を記入する場合

「医師から所見を聴取」を選択することで、所見を入力することができます。

主治医意見の確認方法 必須

医師から所見を聴取

主治医意見書

医師から聴取した医学的な所見を記入してください。 必須

「利用者の状態像の判断基準」に該当する具体的な身体状況、疾病、日常生活の支障等を医師から聴取し、記入してください。

59/1000

(2) 主治医意見書を取得した場合

「主治医意見書」を選択すると、意見書のデータをアップロードすることができます。
PDFデータ等にして、ファイルをアップロードしてください。

主治医意見の確認方法 必須

医師から所見を聴取

主治医意見書

主治医意見書を添付してください。

「ファイルを選択」を選択すると、申請端末のファイルサーバーから、該当ファイルを添付することができます。アップロード後も、確認や削除が可能です。

主治医意見書を添付してください。 必須

主治医意見書PDF.pdf

8 主治医意見の確認日、主治医の情報を入力してください。

主治医意見確認日 必須

2024/11/25

主治医名 必須

主治医の氏名を入力してください。

医療機関名 必須

医療機関名を入力してください。

カレンダーアイコンを選択し、カレンダーから日付を選択することも可能です。

< 2024年(令和6年) 1月 >

日	月	火	水	木	金	土
31	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31	1	2	3
4	5	6	7	8	9	10

9 利用者の状態像の判断基準を選択してください。

※「利用者等告示第31号」とは、別表1のことです。

利用者の状態像の判断基準 必須

以下から1つ選択してください。

- 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、頻繁に利用者等告示第31号のイに該当する
- ii) 疾病その他の原因により状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第31号のイに該当することが確実に見込まれる
- 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利用者等告示第31号のイに該当すると判断できる

i) に該当 (例: パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)

ii) に該当 (例: がん末期の急速な状態悪化)

iii) に該当 (例: ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎回避)

居宅サービス計画書等に係る利用者の同意について

必須

居宅サービス計画書等について、記載内容の同意を利用者（または利用者の家族）から得ていますか。

同意を得ている

10 ケアプランを添付してください。

本人同意欄に署名のあるケアプランを、PDFにして添付してください。

署名のあるケアプランのPDF化が難しい場合は、署名箇所をスマートフォン等で写真に撮ったものを、ケアプランとは別に添付することも可能です。

※同意欄に署名のないケアプランでの届出は認められません。

居宅サービス計画書または介護予防サービス・支援計画書の添付 必須

【注意事項】

- ① 居宅サービス計画書（1表・2表・4表）または介護予防サービス支援計画表（A表・B表・C表・E表）を添付してください。
- ② 居宅サービス計画書または介護予防サービス支援計画表は、本人同意欄に署名のあるものを添付してください。署名のある計画書のデータ化が難しい場合は、署名部分をスマホ等で撮影し、別途添付してください。
- ③ 出来る限り1つのPDFファイルに纏めてください。

任意

任意

「ファイルを選択」を選択すると、申請端末のファイルサーバーから、該当ファイルを添付することができます。

アップロード後も、確認や削除が可能です。

[ケアプランPDF.pdf](#)

11 特記事項や、貸与品目の4品目め以降がある場合は入力してください。

特記事項 任意

特記事項がある場合は記入してください。

0/1000

12 全ての項目が完了したら、「一時保存して、次へ進む」を選択してください。

一時保存して、次へ進む

< 戻る

入力内容に不備があると、以下のようにエラー表示がされます。

その場合は不備のある項目が赤く表示されますので、修正をお願いいたします。

フォームの入力内容にエラーがあります。

一時保存して、次へ進む

< 戻る

13 申請内容を確認してください。

内容に問題がなければ、「この内容で申請する」を選択してください。

入力の状況

100%

申請内容の確認

申請者の情報

申請者の種別 必須

法人

法人名 必須

居宅介護支援事業所の法人名を入力してください。

事業所名 必須

居宅介護支援事業所の事業所名を入力してください。

修正がある場合は、各項目「編集」から修正が可能です。
「完了する」を選択すると、修正が完了します。

事業所名 必須

居宅介護支援事業所の事業所名を入力してください。 | ✔

完了する

[編集](#)

[編集](#)

[この内容で申請する](#)

14 申請は完了です。

ご登録いただいたメールアドレスに申請完了メールが自動配信されますので、ご確認ください。

町田市の確認後、同じメールアドレス宛に、受理完了メール、承認通知メールが送付されます。

また承認通知は、グラファー経由で送付いたします。メールが届きましたら必ずダウンロードしていただき、保存してください。

内容に不備があった場合、担当ケアマネジャーにご連絡いたします。届出内容をグラファー経由で差し戻しますので、内容をご修正のうえ、再度届出をお願いいたします。