

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認申請書

平成 年 月 日

遠軽町長 様

居宅介護（介護予防）支援事業所

住 所			
事業所名			
管理者名	(印)		
事業所番号		担当者名	
TEL		FAX	

指定（介護予防）福祉用具貸与を居宅（介護予防）サービス計画に位置付けるため、下記のとおり必要な事項とともに関係書類を添えて申請しますので、確認をお願いします。

1. 利用者の情報

被保険者氏名		被保険者番号	
住 所			
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
認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		

2. 確認事項

(1) 軽度者に対する 貸与品目 (該当する項目に☑)	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具
	<input type="checkbox"/> 車椅子付属品	<input type="checkbox"/> 体位変換器
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く）
福祉用具貸与事業所		
事業所番号		TEL
(2) 医師の意見 (医学的な所見) (該当する項目に☑)	<input type="checkbox"/> (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、頻繁に第23号告示（平成12年厚告第23号。以下同じ。）第19号のイに該当する者	
	<input type="checkbox"/> (ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第23号告示第19号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者	
	<input type="checkbox"/> (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第23号告示第19号のイに該当すると判断できる者	
医療機関名		
担当医師名		所見確認日 平成 年 月 日
(3) 福祉用具貸与が特に必要と判断した理由 (i)～(iii)を踏まえ具体的に記載	サービス担当者会議開催日 平成 年 月 日	
(4) 添付書類（写し）	① 医学的な所見の確認書類（主治医意見書・診断書・医師から所見聴取等） ② サービス担当者会議の記録 ③ 居宅サービス計画書1表・2表（介護予防サービス支援計画表）	

※ 医師から所見聴取の場合：医療機関名・医師名・聴取日・所見内容が記載されている計画表の写し