

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る確認申請書

平成 年 月 日

大船渡市生活福祉部長寿社会課長 様

事業所名 _____
所在地 _____
代表者名 _____ (印)
(担当介護支援専門員)

下記の者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認をお願いします。

1. 貸与を予定している被保険者

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	
住 所	〒 _____ 大船渡市		
認定区分	要支援 () ・ 要介護 ()		

2. 貸与を予定している福祉用具

福祉用具種別	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 体位変換器	
	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊探知機器	<input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具部分を除く）	
	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く）		
利用（貸与）開始日	平成 年 月 日		
福祉用具貸与事業所	事業所名		
	事業所番号	連絡先	電話

3. 医学的所見の確認

医師の意見 (医学的な所見)	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に第95号告示第25号のイ（第79号の準用含む。）に該当する者（例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象）		
	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイ（第79号の準用含む。）に該当するに至ることが確実に見込まれる者（例：がん末期の急速な状態悪化）		
	<input type="checkbox"/> 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95号告示第25号のイ（第79号の準用含む。）に該当すると判断できる者（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の回避）		
上記を確認した資料	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 医師の診断書	
	<input type="checkbox"/> 医師から所見を聴取	<input type="checkbox"/> その他 ()	
主治医	医療機関名	連絡先	
	担当医師	所見確認日	平成 年 月 日

※居宅サービス計画書（1、2、4表）、医学的所見を確認した書類を添付してください。

なお、医師から所見を聴取した場合は様式「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る医学的所見確認書」に内容を記入の上、添付してください。

保険者確認欄	上記内容を確認しましたので、例外給付の算定を認めます。		
	平成 年 月 日		
	大船渡市生活福祉部長寿社会課長 (印) (例外給付有効開始日：平成 年 月 日)		

・要介護1の利用者は月1回のモニタリングにおいて、要支援1・2の利用者は介護予防ケアプランの評価（最長6ヶ月）において、必ずその必要性を見直し、その結果を記録してください。