

軽度者に係る福祉用具貸与費の例外給付の確認申請書

年 月 日

豊山町長

事業所名【事業所番号】 【
事業所所在地（〒 ）

事業所代表者名
事業所TEL（ ） -

下記により、福祉用具貸与費の例外給付につき確認をお願いします。

該当する□にレ点を記入

1	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				
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、日によって又は時間帯によって、頻繁に3の状態像に該当する。			
		<input type="checkbox"/>	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに3の状態像に該当するに至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又は症状の重篤化の回避等医学的判断から3の状態像に該当すると判断できる。			
3	確認を必要とする福祉用具及び該当する状態像	<input type="checkbox"/>	車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/>	日常的に歩行が困難	
		<input type="checkbox"/>	特殊寝台及び特殊寝台付属品	<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"/>	移動用リフト(つり具の部分を除く。)	<input type="checkbox"/>	日常的に立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	
4	2の福祉用具を必要とする理由を確認した方法		<input type="checkbox"/> 主治医意見書			
			<input type="checkbox"/> 医師の診断書等(主治医連絡票を含む)			
			<input type="checkbox"/> 医師から所見を聴取			
5	サービス担当者会議開催日		年 月 日			

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

- *①：居宅サービス計画書は国の標準様式(第1表、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)に該当する書面。「医師の所見」・「医師の氏名」・「当該福祉用具貸与が特に必要な理由」が記載されているものが必要。
- *②：国の標準様式(第4表)に該当する書面。介護予防の場合は、国の標準様式(介護予防支援経過記録)に該当する書面。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、図の標準様式(第5表)に該当する書面を提出してください。「開催日(照会日・回答日)」・「出席者(回答者)」・「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)」が記載されているものが必要。
- *③：主治医意見書及び医師の診断書等(主治医連絡票を含む)による場合は、その写しに福祉用具を必要とした理由を確認した箇所が分かるようにラインマーカーの上、提出してください。また、医師からの所見を聴取した場合は、聴取日時・聴取方法(TEL、面接等)、聴取内容、医師氏名が記録された書面を提出してください。

保険者確認欄

年 月 日

上記内容につき、添付書類により例外給付の要件(確認不可の種目は除く)を確認しました。

確認の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
---------	---------------

※ 継続して貸与を受ける場合は、確認の有効期間が切れる前に確認申請を行う必要があります。

※ 下記のとおり確認不可の種目は除きます。

確認不可の種目	(確認不可の種目とその理由)
---------	----------------

保険課長	介護グループ

本件、上記の通り決定し、通知してよろしいか。

起案日 年 月 日
決定日 年 月 日

