

軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付の確認申請書

令和 年 月 日

筑西市長 様

次の被保険者に対する福祉用具貸与又は介護予防福祉用具貸与について、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより、対象貸与品目の利用が特に必要であると判断したので例外給付について確認をお願いします。

※該当する□にレ点を記入

フリガナ	被保険者番号		
被保険者氏名	(要介護度) □要支援1 □要支援2 □要介護1 (※1 □要介護)		
認定有効期間	平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	利用(貸与)開始日	令和 年 月 日
福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置※1		
(介護予防)福祉用具貸与事業所	事業所番号		

1 福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像に該当することが判断されていること。

(1)福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像	<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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する。
	<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"/> 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。

(2)主治医意見書等を記載した医師又は所見を求めた担当医	医療機関名	担当医師名
	医療機関連絡先 TEL:	所見確認日 令和 年 月 日

(3)医学的所見の確認書類・添付書類	<input type="checkbox"/> ア 医師の診断書(写し) <input type="checkbox"/> イ 主治医意見書(写し)
	<input type="checkbox"/> ウ 医師から所見を聴取

2 サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されていること。

(1)サービス担当者会議開催日	令和 年 月 日
(2)特に必要と判断した理由	(サービス計画に記載された内容)
(3)確認書類・添付書類	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議の会議録等の写し(サービス担当者会議の要点、居宅介護サービス計画書等)、個別援助計画書(福祉用具サービス計画書)の写し (医師の医学的な所見に基づき、福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されていることが記録されていること。ただし車いす及び車いす付属品の貸与については、サービス担当者会議を開催して例外給付の妥当性を検討し、必要な理由を居宅(介護予防)サービス計画に記載することでこれに替えることができるものとします。)

* 確認を依頼する居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所

事業所名	事業所番号
事業所所在地	担当者氏名 連絡先 ()

※1 尿のみを自動的に吸引できるものに限り、要支援1・2、要介護1～3の方も利用可能。

※ 車いす及び車いす付属品の貸与の場合、1の欄の記入は不要です。