

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

榛東村長 様

届出年月日	年	月	日
-------	---	---	---

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関して、次の被保険者が下記(i)～(iii)の状態像に該当することが医師の意見(医学的所見)に基づき判断され、サービス担当者会議等を経た適切なケアマネジメントの結果を踏まえていることについて下記のとおり、確認を依頼します。

被保険者	氏名		被保険者番号	
			個人番号	
	生年月日	年 月 日	性別	男・女
	要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1(要介護2) <input type="checkbox"/> 要介護3 ※対象種目がカの場合		
認定有効期間	年 月 日	～	年 月 日	

居宅介護(介護予防)支援事業者名	
計画作成担当者	電話番号
貸与開始(予定)日	年 月 日～

医学的所見	該当する状態像に	<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94号告示第31号のイ(※1)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94号告示第31号のイ(※1)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94号告示第31号のイ(※1)に該当すると判断できる者
		<input checked="" type="checkbox"/>
	医療機関名	電話番号
担当医師名	所見確認日	年 月 日
医学的所見の確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書・ <input type="checkbox"/> 診療情報提供書・ <input type="checkbox"/> その他()	

※1 厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等(平成27年厚生労働省告示第94号)

貸与が必要と判断した福祉用具	種類(該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> ア車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> イ特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> ウ床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> エ認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> オ移動用リフト(つり具を除く) <input type="checkbox"/> カ自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引するものを除く。)
----------------	--	--

福祉用具貸与が特に必要な理由・状況(ケアマネジメント結果)	サービス担当者会議実施日	年 月 日
	理由・状況等	

添付書類	<input type="checkbox"/> ①居宅サービス計画書(第1～3表)(写)又は介護予防サービス・支援計画書(写)
	<input type="checkbox"/> ②サービス担当者会議の要点(写)又は介護予防支援経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)(写)
	<input type="checkbox"/> ③医師の医学的な所見の確認書類(写)(疾患名、福祉用具が必要な症状等が記入されていること。)※ ※サービス担当者会議の要点等に詳細な記載のある場合には、医師の所見を把握できる書類の省略可

注)判断箇所が分かるよう、添付書類の該当箇所にマーカー等で印をつけた上で提出すること。