

軽度者への福祉用具貸与の例外給付確認申請書（新規・更新）

令和 年 月 日

佐川町長 様

事業所番号	
事業所名	
所在地	
代表者名	印
担当者氏名	
電話番号	

別添資料を添付のうえ、下記のとおり確認の申請をします。

※該当する□にレを記入

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	福祉用具貸与期間（予定）	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日		
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"/> ア 車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/> (一) 日常的に歩行が困難な者	<input type="checkbox"/> (二) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者		
		<input type="checkbox"/> イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> (一) 日常的に起きあがり困難な者	<input type="checkbox"/> (二) 日常的に寝返りが困難な者		
		<input type="checkbox"/> ウ 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> (一) 日常的に寝返りが困難な者			
		<input type="checkbox"/> ウ 体位変換器	<input type="checkbox"/> (一) 日常的に寝返りが困難な者			
		<input type="checkbox"/> エ 認知症老人徘徊感知器	<input type="checkbox"/> (一) 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"/> オ 移動用リフト（つり具の部分を除く）	<input type="checkbox"/> (一) 日常的に立ち上がりが困難な者	<input type="checkbox"/> (二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	<input type="checkbox"/> (三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	
4	福祉用具を必要とする医学的所見	<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、頻繁に上記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、短期間のうちに上記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上記3の状態像に該当すると判断できる。				
5	4の「福祉用具を必要とする医学的所見」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		
6	サービス担当者会議等開催日	令和 年 月 日				
添付書類						
① 居宅（介護予防）サービス計画書の写し（上記3ア(二)、3オ(二)及び4を理由とする場合）						
② サービス担当者会議等の記録の写し（上記3ア(二)、3オ(二)及び4を理由とする場合）						
③ 福祉用具を必要とする医学的所見が確認できる書類 （主治医意見書、医師の診断書、または医師から所見を聴取した場合は、聴取者・聴取日時・聴取方法・聴取内容・医師氏名が記録された書面を提出）						
④ 車いす（セニアカー）にあつては、「軽度者への福祉用具貸与の例外給付申請書（セニアカー）」及び「軽度者への福祉用具貸与に係る同意書」						

※（保険者確認欄）

上記内容について、添付書類により例外給付の要件を確認しましたので、例外給付を行ってよろしいか。

なお、確認の有効期間等は以下のとおりです。

確認の有効期間： _____ 要介護認定の有効期間 _____

確認年月日 令和 年 月 日

課長	補佐	包括管理者	係長	係