

# 軽度者に係る福祉用具貸与例外給付確認依頼書

(受付日)

太枠の中の各欄をご記入ください。

申請区分

新規

継続

フリガナ						被保険者番号							
被保険者氏名						0	0	0	0	0	0		
生年月日	大正・昭和					年	月	日					
住 所													
要介護状態区分 (該当に○)	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	(要介護2・3は自動排泄処理装置の場合)							
認定有効期間	令和					年	月	日	～	令和	年	月	日
貸与品目 (該当にし)	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品		<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品		<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具		<input type="checkbox"/> 体位変換器						
	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊探知機器		<input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く)		<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置(尿のみ自動吸引するものを除く)								
利用者の状態像													
<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、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、短時間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態に至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。													
上記 i)～iii) のいずれかに該当すると判断した「医師の医学的な所見」													
<確認方法> <input type="checkbox"/> 主治医意見書による確認 <input type="checkbox"/> 医師の診断書による確認 <input type="checkbox"/> 担当の介護支援専門員が医師から所見を聴取 <確認日> 令和 年 月 日 医療機関名( ) 主治医名( )													
サービス担当者会議開催日 令和 年 月 日													
貸与開始日(貸与開始予定日) 令和 年 月 日													
徳 島 市 長 様													
上記の被保険者について、添付書類を添えて、(介護予防)福祉用具貸与例外給付の確認を依頼します。													
依頼日 令和 年 月 日													
居宅介護(介護予防)支援事業所名					事業所の所在地								
										電話 — —			
介護支援専門員氏名													

【添付書類】居宅サービス計画書(第1表～第5表)または介護予防サービス支援計画書及び介護予防支援経過記録

**保険者確認欄** ※以下は記入しないでください。

医師の医学的所見より i)～iii) のいずれかに該当する

サービス担当者会議等の記録または介護予防支援経過記録

ケアマネジメントの結果、福祉用具が特に必要である旨が判断されている




例外給付要件	<input type="checkbox"/> 確認できる(算定可)	<input type="checkbox"/> 確認できない
例外給付有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	

保険者記入欄	課長	課長補佐	係長	担当	整理番号	審査	備考