軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 氏　名 |  | 被保険者  番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 住　所 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
|  | 要介護度 | 要支援１　要支援２　要介護１ | 認定有効  期間 | 年　　月　日～　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
|  |  | 自動排泄処理装置のみ要介護２　要介護３ |  |  | | | | | | | | | |

○貸与を必要とした福祉用具

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 福祉用具種目 | 車いす　　車いす付属品　　特殊寝台　　特殊寝台付属品　 床ずれ防止用具  体位変換器　　認知症老人徘徊感知機器　　 移動用リフト　　 自動排泄処理装置 | | |
| 利用開始日 | 年　　　月　　　日～　（予定） | | |
| 福祉用具事業所名 |  | 電話番号 |  |

○医師の医学的な所見等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 疾病名 |  | | |
| 医療機関名 |  | 医師名 |  |
| 利用者の  状態像 | 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によって頻繁に「厚生  労働大臣が定める者」に該当する者 | | |
| 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「厚生労働大臣が定める者」に該当することが確実に見込まれる者 | | |
| 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「厚生労働大臣が定める者」に該当すると判断できる者 | | |
| 所見確認日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 確認方法 | 軽度者に対する福祉用具例外貸与にかかる医学的所見  主治医意見書　　医師の診断書　　医師からの聴き取りによる確認 | | |

○サービス担当者会議を通じたケアマネジメント結果

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス  担当者会議 | 開催日 | 年　　　月　　　日 |
| 検討結果 |  |

音更町長　宛

　　　下記のとおり、関係書類を添えて、福祉用具貸与又は介護予防福祉用具貸与の例外給付について確認

申請をします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 居宅介護支援事業所名 |  |
| 住　　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　－ |
| 担当介護支援専門員 |  |
| 添付書類（写） | 医学的な所見の確認書類　　　サービス担当者会議記録  ケアプラン１・２表　または介護予防プラン |

　　年　　月　　日

※町記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 町確認日 | 年　　　月　　　日 | | 受付印 |
| 結　果 | 可 | 有効期間は認定有効期間とする。ただし、区分変更等により新たに認定を  受けた場合は、認定の効力が生じた日の前日をもって有効期間が終了した  ものとする。 |
| 不可 | （理由） |

* 利用者の状態像の変化により福祉用具の追加や種目変更等が必要となれば、再度確認申請を行なってください。