

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	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <small>自動排泄処理装置のみ</small> <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3		認定有効期間									

○貸与を必要とした福祉用具

福祉用具種目	<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												
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	<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によって頻繁に「厚生労働大臣が定める者」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「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													
	<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「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	<input type="checkbox"/> 軽度者に対する福祉用具例外貸与にかかる医学的所見 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 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。

年 月 日

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)	<input type="checkbox"/> 医学的な所見の確認書類 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議記録 <input type="checkbox"/> ケアプラン1・2表 または介護予防プラン													

※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。											
	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。