

軽度者に対する福祉用具貸与（例外給付）に係る確認申請書

年 月 日

門川町長 殿

下記の被保険者について、福祉用具貸与費の例外給付の確認申請書を提出します。

【基本情報】

被保険者	氏名	被保険者番号										
	住所	生年月日			M.T.S	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 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3			認定有効期間		年 月 日～		年 月 日			
申請事業者名												
計画作成担当者氏名		電話番号										
福祉用具貸与事業所名（予定）												

【医師の医学的な所見等（該当する口にレ点を記入）】

確認を必要とする福祉用具及び該当する状態像…①	<input type="checkbox"/>	車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/>	日常的に歩行が困難な者
	<input type="checkbox"/>	特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/>	日常的に起き上がりが困難な者
	<input type="checkbox"/>	床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者
	<input type="checkbox"/>	体位変換器	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者
	<input type="checkbox"/>	認知症老人徘徊感知器	<input type="checkbox"/>	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"/>	移動用リフト（つり具の部分を除く）	<input type="checkbox"/>	日常的に立ち上がりが困難な者
	<input type="checkbox"/>	自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/>	移乗が一部介助又は全介助を必要とする者
福祉用具を必要とする理由	<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①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、短期間のうちに①で定める福祉用具が必要な状態にな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、①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		
福祉用具を必要とする理由を確認した方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書等 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者の医師からの聴き取りによる確認			
医療機関名	医師名			
医師への確認日	年 月 日		* 文書での確認の場合は、主治医意見書等の記入日を書くこと	
当該福祉用具が特に必要な理由（医師の医学的な所見）	疾病等			
	心身の状況等			

サービス担当者会議開催日	年 月 日
--------------	-------

※「医療機関名・医師名」、「医師への確認日」及び「当該福祉用具が特に必要な理由（医師の医学的な所見）」の欄は、主治医意見書、医師の診断書または居宅（介護予防）サービス計画から転記すること。

※必須添付書類：サービス担当者会議の記録（貸与が必要と判断した箇所にマーカー等で印をつけてください）

【保険者確認欄】※本書の写しを送付することで、確認の回答とします。

算定の可否	確認の有効期間	受付
可・否	年 月 日～年 月 日 (有効期間内であっても区分変更等、状態が変化したときには再度申請が必要です)	
備考		