第１号様式（第３条関係）

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付確認申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

南部町長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |

福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）の例外給付に係る確認を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | **被保険者** | 氏名 | | |  | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | |  | |  |  | | |  | | |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | Ｍ･Ｔ･Ｓ　 ．　． | | | | | | | | |
| 要介護度 | | | □要支援１　 □要支援２　 □要介護１　 □要介護２　　□要介護３  □認定申請中（申請日　　 年　　月　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | | | 年　　　月　　　日　　～　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | **福祉用具を**  **必要とする**  **理由** | □ | 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に利用者等告示第31号のイで定める福祉用具が必要な状態に該当する。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第31号のイ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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的判断から利用者等告示第31号のイ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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | **確認を必要とする**  **福祉用具および**  **該当する状態像** | □ | 車いす | | | □ | | | 日常的に歩行が困難な者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 車いす付属品 | | | □ | | | 日常的に歩行が困難な者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 特殊寝台 | | | □ | | | 日常的に起き上がりが困難な者 | | | | | | | | | | | | | | □ | | | 日常的に寝返りが困難な者 | | | | | | | |
| □ | 特殊寝台付属品 | | | □ | | | 日常的に起き上がりが困難な者 | | | | | | | | | | | | | | □ | | | 日常的に寝返りが困難な者 | | | | | | | |
| □ | 床ずれ防止用具 | | | □ | | | 日常的に寝返りが困難な者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 体位変換器 | | | □ | | | 日常的に寝返りが困難な者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 認知症老人徘徊感知機器 | | | □ | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 移動用リフト | | | □ | | | 日常的に立ち上がりが困難な者 | | | | | | | | | | | | | | | □ | | | 移乗が一部介助または  全介助を必要とする者 | | | | | | |
| □ | 自動排泄処理装置 | | | □ | | | 排便および移乗において全介助を必要とする者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | **2の福祉用具を必要とする理由を**  **確認した方法** | | | | | □  □ | | | 主治医意見書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | | 医師の診断書等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | | 医師から所見を聴収 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | **サービス担当者会議開催日** | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | **貸与開始日（貸与開始予定日）** | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | **福祉用具貸与事業所**  **（介護予防福祉用具貸与事業所）** | | | 事業者名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者番号 | | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | 電話番号 | | | | | | | （　　　）　　－ | | | | | | |

|  |
| --- |
| 添付書類  　□　居宅サービス計画書又は介護予防サービス・支援計画書の写し  　□　サービス担当者会議の要点  　□　医学的所見の確認書類 |