

軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付確認申請書

年 月 日

(あて先) 一宮市長

居宅介護(介護予防)支援事業所名

事業所所在地 (〒 -)

担当介護支援専門員名

(介護予防の場合は保健師ほか担当職員名)

事業所電話番号 () -

下記被保険者につき、福祉用具貸与の例外給付の確認をお願いします。 該当する□にレ点を記入

1	被保険者	氏名:		被保険者番号										
		要介護度	□要支援1 □要支援2 □要介護1 □要介護2 □要介護3											
		要介護度の認定有効期間	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、日によって又は時間帯によって、頻繁に3の状態像に該当する。											
		☐	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3の状態像に該当するに至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又は症状の重篤化の回避等医学的判断から3の状態像に該当すると判断できる。											
3	必要とする福祉用具及び該当する状態像	☒	車いす及び車いす付属品	☐ 日常的に歩行が困難な者										
		☐	特殊寝台及び特殊寝台付属品	☐ 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るが、移動において全介助を必要としない者										
		☒	移動用リフト(つり具の部分を除く。)	☐ 日常的に立ち上がりが困難な者 ☐ 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者										
		☐	自動排泄処理装置	☐ 排便が全介助を必要とする者 ☐ 移乗が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												
		☐ 医師から聴取した所見の記録												

※添付書類 ①医師の医学的な所見を示す書類(主治医意見書、医師の診断書等、医師から聴取した所見の記録のうちいずれか)
 ②サービス担当者会議の記録
 ③居宅サービス計画書(第1表、第2表)又は介護予防サービス・支援計画書

【一宮市 記入欄】

添付書類の確認	☐ 医師の医学的な所見を示す書類(該当書類に○で囲む) 主治医意見書 ・ 医師の診断書等 ・ 医師から聴取した所見の記録 ☐ サービス担当者会議の記録 ☐ 居宅サービス計画書(第1表、第2表)又は介護予防サービス・支援計画書	
例外給付の期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
備考欄		受付者