

軽度者に対する福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）例外給付確認申請書

年 月 日

井川町長 様

居宅介護（介護予防） 支援事業所名											印
事業者番号											
居宅介護（介護予防） 支援事業所住所	〒 ー										
居宅介護（介護予防） 支援事業所代表者名											
居宅介護（介護予防） 支援事業所電話番号	() ー										

次の事項について担当の居宅介護（介護予防）支援事業所から説明を受け、同意しました。

- (1) 居宅介護（介護予防）支援事業所が、私の福祉用具貸与の例外給付の確認申請を下記のとおり行うこと。
- (2) 確認結果通知を当該居宅介護（介護予防）支援事業所あてに送付すること。
- (3) この申請にかかる確認のために必要があるときは、私の要介護認定または要支援認定の結果や心身の状態および疾病など必要な事項について、井川町が調査すること。

本人同意欄	氏名	印
--------------	----	---

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										
		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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する。																					
		<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示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"/> 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告示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	<input type="checkbox"/> 特殊寝台	<input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難な者	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者																			
		<input type="checkbox"/> 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"/> 日常的に寝返りが困難な者																			
		<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機器	<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"/> 自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 主治医意見書																				
			<input type="checkbox"/> 医師の診断書等																				
			<input type="checkbox"/> 医師から所見を聴取																				
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		() ー								

添付書類については裏面をご覧ください。

添付書類

①居宅（介護予防）サービス計画書

②サービス担当者会議の記録

③福祉用具を必要とする理由が確認できる書類

※①：居宅サービス計画書は国の標準様式（第1表および第2表）に、介護予防サービス計画書は国の標準様式（介護予防サービス・支援計画書）によるものとします。「医師の所見」、「医師の氏名」および「当該福祉用具貸与が特に必要な理由」を必ず記載してください。

※②：福祉用具貸与については、国の標準様式（第4表）、介護予防福祉用具貸与については、国の標準様式（介護予防支援経過記録）によるものとします。やむを得ない理由によりサービス担当者会議を開催せず、担当者に対する照会等により意見を求めた場合は、この内容が記録された書面を提出してください。「開催日（照会日・回答日）」、「出席者（回答者）」および「福祉用具貸与の例外給付についての検討内容（照会内容・回答内容）」を必ず記載してください。

※③：主治医意見書および医師の診断書等（主治医連絡票含む）の場合は、その写しに福祉用具を必要とした理由を確認した箇所が分かるように蛍光ペン等で線を引いてください。

また、医師から所見を聴取した場合は、聴取日時、聴取方法（電話・面接等）、聴取内容、医師の氏名が記録された書面を提出してください。