様式第１号（第４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

令和 　　年　　月　　日

日出町長　　本田　博文　　様

【申請者】　事業所住所

事業所名

代表者氏名

（担当ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ名：　　　　　　　　　）

（電話番号：　　　　　　　　　　　　 ）

下記のとおり、軽度者に対する福祉用具貸与が必要であると判断しましたので、例外給付確認を申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | |  | | 被保険者番号 |  |
| 要介護状態区分等 | |  | | 認定の  有効期間 | 令和　　年 　月　　日から  令和 　 年 　　月　　日まで |
| 福祉用具の種目 | | □車いす　 □車いす付属品　 □特殊寝台　 　□特殊寝台付属品　　□床ずれ防止用具　　　　　 □体位変換器  □認知症老人徘徊感知機器　 □移動用リフト　□自動排泄処理装置 | | | |
| 貸与開始日  (貸与開始予定日) | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 貸与が必要な理由 | 医師の医学的  所見による判断  (該当項目に○) | (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、頻繁に第９４号告示第３１号イに該当する。 | | |
| (ⅱ) | 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第９４号告示第３１号イに該当するに至ることが確実に見込まれる。 | | |
| (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第９４号告示第３１号イに該当すると判断できる。 | | |
| ケアマネジメント結果について |  | | | |

※添付資料

１　医師の所見について（次のいずれか１つ）

□　担当の介護支援専門員が聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見

□　主治医意見書

□　医師の診断書

２　サービス担当者会議について（次のいずれか１つ）

□　居宅サービス計画書及びサービス担当者会議の要点

□　介護予防サービス計画書及びサービス担当者会議の要点

（裏面）

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉用具の種目 | 第９４号告示第３１号のイ  （第９４号告示第８８号において準用する第３１号のイ） |
| １車いす及び  　 車いす付属品 | 次のいずれかに該当する者  （１）日常的に歩行が困難な者  （２）日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者 |
| ２ 特殊寝台及び  　 特殊寝台付属品 | 次のいずれかに該当する者  （１）日常的に起きあがりが困難な者  （２）日常的に寝返りが困難な者 |
| ３ 床ずれ防止用具  　 及び体位変換器 | 日常的に寝返りが困難な者 |
| ４ 認知症老人徘徊感知機器 | 次のいずれにも該当する者  （１）意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者  （２）移動において全介助を必要としない者 |
| ５ 移動用リフト  　 （つり具の部分を除く。） | 次のいずれかに該当する者  （１）日常的に立ち上がりが困難な者  （２）移乗において一部介助又は全介助を必要とする者  （３）生活環境において段差の解消が必要と認められる者 |
| ６自動排泄処理装置 | 次のいずれにも該当する者  （１）排便において全介助を必要とする者  （２）移乗において全介助を必要とする者 |