介護保険（介護予防）福祉用具貸与例外給付確認申請書

　　　　年　　　月　　　日

千歳市長　　様

居宅介護(介護予防)支援事業所名

居宅介護(介護予防)支援事業所住所

居宅介護(介護予防)支援事業所電話番号

計画作成担当者

　軽度者に対する介護保険（介護予防）福祉用具貸与の例外給付の確認を申請します。

１　利用者の情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |
| 住所 |  | | |
| 要介護度 |  | | |
| 認定有効期間 | 年　　　　月　　　　日 ～　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |

２　確認事項

|  |  |
| --- | --- |
| 軽度者に対する貸与品目 | □ 車いす及び車いす付属品  □ 特殊寝台及び特殊寝台付属品  □ 床ずれ防止用具及び体位変換器  □ 認知症老人徘徊感知機器  □ 移動用リフト（つり具の部分を除く）  □ 自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。） |
| 福祉用具を必要とする理由 | 疾病等： |
| □ 　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、頻繁に告示（平成27年厚告第94号。以下同じ。）で定める福祉用具が必要な状態に該当する者 |
| * 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者 |
| * 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者 |
| 添付書類 | * 福祉用具を必要とする理由が確認できる書類   □　主治医意見書　　□　医師の診断書・連絡表等　　□　医師からの所見の聴取 |
| * 居宅（介護予防）サービス計画書 |
| * サービス担当者会議の記録等 |
| * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 貸与開始日 | 年　　　月　　　日 |
| 備考 | |