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

豊明市長　殿

次の被保険者に対して、医師の意見（医学的所見）に基づき状態像が判断され、かつサービス担当者会議の開催等を通じた適切なケアマネジメントを行ったところ、（介護予防）福祉用具貸与が必要と判断されましたので確認をお願いします。

申請者	居宅介護（介護予防）支援事業所名	
	連絡先	TEL
	計画作成担当者名	

※　該当する□にチェックしてください。

被保険者	フリガナ		被保険者番号	
	氏名		生年月日	年　　月　　日
	要介護度	□ 要支援1　□ 要支援2　□ 要介護1　□ 要介護2　□ 要介護3　□ 申請中		
	認定期間	年　　月　　日　から　　年　　月　　日		
貸与種目	□ 車いす及び車いす付属品　□セニアカー			
	□ 特殊寝台及び特殊寝台付属品			
	□ 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（つり具の部分を除く）			
	□ 自動排泄処理装置			
状態像	□ 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、頻繁に例外規定に該当する者			
	□ ⅱ） 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに例外規定に該当することが確実に見込まれる者			
	□ ⅲ） 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例外規定に該当する者			
医師の医学的所見確認方法	□ 主治医意見書　□ 診断書　□ 意見聴取（電話・FAX・面接）			
サービス担当者会議	年　　月　　日　開催		利用開始（予定）日	年　　月　　日から
開始日遡及の理由	*※申請日から遡って例外給付を行う場合は必ず記載してください。*			

※　添付書類 □ 居宅介護（介護予防）サービス計画（写）
□ 医師の医学的所見を示す書類（写）
□ サービス担当者会議の記録（写）

可否判定欄	算定の可否	可　・　否
	備考	（理由・条件など）
	可否決定日	年　　月　　日
	有効期間	年　　月　　日 から　　年　　月　　日

※この申請書の可否判定欄の記載をもって通知にかえさせていただきます。