

【様式 1】

介護保険軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付の確認申請書

フリガナ			保険者番号			0	8	2	2	1	4
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0	0				
生年月日	年 月 日生		性別	男 ・ 女							
要介護状態区分等 (該当に○)	要支援 1	要支援 2	要介護 1	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
福祉用具貸与 (予定) 事業者				福祉用具貸与 開始(予定)日	年 月 日						
確認を必要とする福祉用具の種目及び該当する状態像 (該当にレ点)	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品			<input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者 *日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者に該当する場合は確認申請は不要							
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品			<input type="checkbox"/> 日常的に起きあがり困難な者							
	<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"/> 意志の伝達、介護者への反応、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"/> 移動用リフト			<input type="checkbox"/> 日常的に立上りが困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 *生活環境において段差の解消が必要と認められる者に該当する場合は確認申請は不要							
福祉用具を必要とする状態 (該当にレ点)	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に第95号告示第25号のイに該当する者			<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者 <input type="checkbox"/> 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回避等医学的判断から第95号告示第25号のイに該当すると判断できる者							
	疾病その他の原因の名称										
上記理由の確認方法 (該当にレ点)	<input type="checkbox"/> 主治医意見書(主治医意見書記載日 年 月 日)			年 月 日							
	<input type="checkbox"/> 医師の診断書(診断書発行日 年 月 日)										
	<input type="checkbox"/> 担当介護支援専門員等が医師から所見を聴取(所見聴取日 年 月 日)										
診断した医師の 医療機関名			担当医師名								
サービス担当者会議 の開催日	年 月 日										
<p>ひたちなか市長 殿</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて確認の申請をします。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>所在地</p> <p>事業所名 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>担当介護支援専門員等</p> <p>氏名 _____</p>											

備考 この申請書に、次の書類を添付してください。

- ・ 医師の医学的な所見が記載された書類の写し(主治医意見書の場合は提出不要)
- ・ 要介護1の者にあつては、居宅サービス計画書第2表の写し、第4表の写し及びサービス担当者に対する照会(依頼)内容の写し
要支援者にあつては、介護予防サービス・支援計画書の写し、サービス担当者会議の要点が記載された書類の写し及びサービス担当者に対する照会(依頼)内容の写し
- ・ 例外給付の確認期間の更新申請の場合、要介護1の者にあつては、モニタリング表など、要支援者にあつては、介護予防支援・サービス評価表など前回の確認期間における利用状況を評価したものの写し