

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認届出書

釜石市長宛

年 月 日

関係書類を添えて、福祉用具貸与の例外給付に係る確認届出書を提出します。

■申出者

居宅介護(介護予防)支援事業所名			
計画作成担当者		電話番号	
添付書類(写)	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議の記録 <input type="checkbox"/> ケアプラン1表・2表または介護予防プラン <input type="checkbox"/> 医学的な所見の確認書類		

■被保険者

氏名		被保険者番号	
住所		生年月日	年 月 日
要介護度		認定有効期間	年 月 日～年 月 日

■貸与を必要とする福祉用具

福祉用具種目	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 車いす付属品	<input type="checkbox"/> 特殊寝台	<input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具
	<input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器		<input type="checkbox"/> 移動用リフト	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置
利用開始日	年 月 日～(予定)				
福祉用具事業所名					

■医師の医学的な所見等

医療機関名		医師名			
所見確認方法と確認日	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書(主治医連絡票を含む) <input type="checkbox"/> 医師からの聴き取りによる確認 【 年 月 日】 ※文書での確認の場合は主治医意見書等の記入日				
利用者の状態像 ※該当するものに○	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によって頻繁に「厚生労働大臣が定める基準」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「厚生労働大臣が定める基準」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又は症状の重篤化の回避等医学的判断から「厚生労働大臣が定める基準」に該当すると判断できる者			
疾病名					
医師の所見					

■サービス担当者会議を通じたケアマネジメント結果

サービス担当者会議	開催日	年 月 日
	福祉用具が必要と判断した理由	

■市による確認欄 ■ (この欄は記入しないでください。)

確認日	年 月 日			確認印
結果	可	有効期間	年 月 日～年 月 日	
	不可	(理由)		