

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する確認申請書

八百津町長 様

介護保険軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関して、次の被保険者が下記Ⅰ)～Ⅲ)の状態像に該当することが医師の意見(医学的所見)に基づき判断され、サービス担当者会議等を経た適切なケアマネジメントの結果を踏まえていることについて下記のとおり確認を依頼します。

		申請年月日	年	月	日
届出者(計画作成担当者)		電話番号			
居宅介護(介護予防)支援事業者 住所・名称					

被 保 険 者	被保険者氏名			被保険者番号	050000
	住所				
	要介護状態区分	要支援1・要支援2・要介護1・認定申請中(申請日: 年 月 日)			
	認定有効期間	年 月 日 から		年 月 日	

医 学 的 所 見	該 当 す る 状 態 像 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23号告示第21号のイに該当する者			
		Ⅱ) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに頻繁に第23号告示第21号のイに該当するに至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第23号告示第21号のイに該当すると判断される者			
		医療機関名			電話番号
	主治医氏名			所見確認日	年 月 日
	医学的所見の確認方法 主治医意見書・医師の診断書等・その他()				
貸 与 が 必 要 と 判 断 し た 福 祉 用 具	種 類 (該 当 に ○)	ア 車いす イ 車いす付属品 ウ 特殊寝台 エ 特殊寝台付属品 オ 床ずれ防止用具 カ 体位変換器 キ 認知症老人徘徊感知器 ク 移動用リフト(つり具部分除く)			
		利用開始日(予定)	年 月 日 ~		
	福 祉 用 具 貸 与 事 業 所	事業所名			
		電話番号			
		サービス担当者会議実施日	年 月 日		
福 祉 用 具 貸 与 が 特 に 必 要 な 理 由 ・ 状 況 (ケ ア マ ネ ジ メ ン ト 結 果)		理 由 状 況 等		

添付書類 ~ ①ケアプラン(1表・2表)(介護予防ケアプラン)② ②医学的所見の確認書類③ ③サービス担当者会議の記録(4表・5表)(介護予防支援記録)④ ※理由欄等スペース不足の場合は別紙(様式任意)に記載してください。

上記の居宅介護(介護予防)支援事業所が、軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関して必要な一切の手続きを行うこと、その結果等について福祉用具貸与事業者に提示すること及びこの申請に係る確認に必要な場合は八百津町が私の心身の状態等必要な事項について調査することに同意します。

本人氏名 _____