

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する届出書

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、次の被保険者が第23号告示第21号のイで定める状態像に該当する者であることについて下記のとおり届出します。

		届出年月日	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		

貸与が可能な福祉用具及び該当する状態像 (該当に○)	ア 車いす及び車いす付属品	(1) 日常的に歩行が困難な者	基本調査1-7
		(2) 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	主治の医師からの情報及びサービス担当者会議 ※下記
	イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	(1) 日常的に起きあがり困難な者	基本調査1-4
		(2) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3
	ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器	(1) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3
	エ 認知症老人徘徊感知器	(1) 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者	基本調査3-1 基本調査3-2～3-7 基本調査3-8～4-15 主治医意見書
		(2) 移動において全介助を必要としない者	基本調査2-2
	オ 移動用リフト (つり具の部分を除く)	(1) 日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査1-8
		(2) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	基本調査2-1
		(3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	主治の医師からの情報及びサービス担当者会議 ※下記

※ア(2)、オ(3)の状態像に該当することを判断した内容

サービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメント	サービス担当者会議実施日	年 月 日
	貸与が必要と判断した理由 状況等
	
	
	
	
	
	
	
	

※ア(2)、オ(3)の場合の添付書類 ～ ①ケアプラン(1表・2表)(介護予防ケアプラン) ⑤ ②サービス担当者会議の記録(4表・5表)(介護予防支援経過記録) ⑤

※理由欄等スペースが不足する場合は別紙(様式任意)に記載してください。

利用開始日(予定日)	年 月 日 ～
福祉用具貸与事業者	電話番号