

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付確認申請書

年 月 日

日進市長 宛て

事業所名
(事業所番号)

管理者名

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。

計画作成担当者名				電話番号			
事業所所在地		(〒 -)					
被 保 険 者	フリガナ 氏 名	被保険者番号					
		生年月日		年	月	日	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 申請中					
	認定期間	年 月 日 から		年 月 日			
確認を必要とする 福祉用具及び該当 する状態像		対象外種目		厚生労働大臣が定める者のイ			
		<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			
		<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 が困難な者 <input type="checkbox"/> 日常的に寝返り が困難な者 ※ <u>いずれかに該当</u>			
		<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"/>	認知症徘徊感知機器	<input type="checkbox"/> 意思の伝達、介助者 への反応、記憶・理 解のいずれかに支障 がある者 <input type="checkbox"/> 移動において全介 助を必要としない者 ※ <u>いずれにも該当</u>			
		<input type="checkbox"/>	移動用リフト	<input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がり が困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又 は全介助を必要とし る者 ※ <u>いずれかに該当</u>			
<input type="checkbox"/>	自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/> 排便が全介助を必 要とするもの <input type="checkbox"/> 移乗が全介助を必 要とするもの ※ <u>いずれにも該当</u>					
利用開始（予定）日		年 月 日 ~					

※ 該当する□にチェックしてください。

利用者の状態像	<input type="checkbox"/>	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95号告示第25号のイに該当する者 <input type="checkbox"/> パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象 <input type="checkbox"/> 上記以外の状態 ()	
	<input type="checkbox"/>	ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当する者 <input type="checkbox"/> がん末期の急速な状態悪化 <input type="checkbox"/> 上記以外の状態 ()	
	<input type="checkbox"/>	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95号告示第25号のイに該当する者 <input type="checkbox"/> ぜんそく発作等による呼吸不全 <input type="checkbox"/> 心疾患による心不全 <input type="checkbox"/> 嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避 <input type="checkbox"/> 上記以外の状態 ()	
医師の医学的所見の確認方法	<input type="checkbox"/>	主治医意見書	医師記入日： 年 月 日
	<input type="checkbox"/>	医師の診断書	医師記入日： 年 月 日
	<input type="checkbox"/>	医師から所見を聴取	聴取方法： <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> その他 () 聴取日： 年 月 日

添付書類 ①居宅介護(介護予防)サービス計画書(写) ※暫定プランの場合は後日、本プランを提出

②医師の医学的所見を示す書類(写)

③サービス担当者会議の記録(写)

※① 第1表・第2表又は支援計画表(医師の所見・医師の氏名・福祉用具が特に必要な理由を記載)

※② 主治医意見書・医師の診断書・医師からの所見を聴取した記録(聴取日時・方法・内容・医師氏名記載)のいずれか

※③ 第4表又は支援経過記録(サービス担当者会議内容等がわかるもの)(開催日・出席者・検討内容等記載)

【市確認欄】

判断要件	添付書類	市受付印
計画の位置付け	<input type="checkbox"/> 居宅介護サービス計画表(第1・2表) <input type="checkbox"/> 支援計画表	
医師の医学的所見	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 医師の意見聴取	
サービス担当者会議	<input type="checkbox"/> 居宅介護サービス計画表(第4表) <input type="checkbox"/> 支援経過記録等	
確認結果	確認済 ・ 返戻	
確認年月日	年 月 日	
確認の有効期間	年 月 日～ 年 月 日	

この申請書の「確認結果」欄の記載をもって通知にかえさせていただきます。