

介護保険福祉用具貸与例外給付申請書

(あて先) 西条市長

次の被保険者に対する福祉用具貸与又は介護予防福祉用具貸与について、医師の医学的所見に基づき、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより、対象貸与品目の貸与が特に必要であると判断したので申請します。

この申請にかかる確認のために必要のあるときは私の心身の状態及び疾病等必要な事項について西条市が調査することに同意します。

また、当該申請にかかる確認については、下記の居宅介護（介護予防）支援事業者に通知することに同意します。

被保険者同意欄	
代筆者	本人との関係()

以下は、居宅介護（介護予防）支援事業者の計画作成担当者が記入してください。

◆被保険者情報

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名			
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女
住所			
要介護状態区分等	要支援 1 ・ 2	要介護 1 ・ 2 ・ 3	
認定の有効期間	年 月 日 ~	年 月 日	

◆作成者

居宅介護(介護予防)支援事業者名			
計画作成担当者氏名		電話番号	

◆例外給付について

必要とする福祉用具の種類 (該当するものにチェックを入れてください)	<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
当該福祉用具の名称	
該当する被保険者の状態像 (該当するものにチェックを入れてください)	<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、頻繁に利用者等告示第三十一号のイに該当する者 <input type="checkbox"/> ii 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第三十一号のイに該当することが確実に見込まれる者 <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利用者等告示第三十一号のイに該当すると判断できる者
被保険者の疾病名及び心身の状態 (例)パーキンソン病、末期がん等	
サービス担当者会議において被保険者が当該福祉用具を必要とする状態であると認めた理由 以下に留意して具体的に記入してください。 ・ i に該当する場合、状態が変動する周期(日・時間帯)及び福祉用具を必要とする頻度を記載すること ・ ii に該当する場合、医学的判断の具体的な内容を記載すること	

◆添付書類

医師の医学的な所見を示す資料	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書等 <input type="checkbox"/> 担当介護支援専門員が医師に聴取した所見の記録 <input type="checkbox"/> 介護情報提供書
担当者会議等の計画に関する資料	<input type="checkbox"/> 要介護者 居宅サービス計画書(第1・2・4表) <input type="checkbox"/> 要支援者 介護予防サービス・支援計画書及びサービス担当者会議の要点