

# 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認申請書

年 月 日

小豆島町長 様

事業所名  
事業所所在地

計画作成者氏名

下記の被保険者に対して、下記の福祉用具の貸与が特に必要と判断しましたので、確認を依頼します。

## 1. 被保険者情報

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	<input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3) <input type="checkbox"/> 申請中(新規・更新・変更)			認定有効期間		年 月 日～ 年 月 日				《申請中の方は空欄のままご提出ください。》

## 2. 必要と判断した福祉用具の種目等 (該当する口にレ点を記入)

福祉用具貸与種目	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く) <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置(尿のみを自動吸引する機能のものを除く)	
貸与品目又は品番等		
福祉用具貸与事業所名	利用(貸与)開始日	年 月 日
上記の福祉用具を必要とする理由を確認した方法	<input type="checkbox"/> 直近の認定調査票の該当項目( ) <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書等(主治医連絡表を含む) <input type="checkbox"/> 担当の介護支援専門員(職員)の医師からの聴き取りによる確認	

※「医療機関名・医師名」、「医師への確認日」及び「当該福祉用具が特に必要な理由(医師の医学的な所見)」の欄は、主治医意見書、医師の診断書または居宅(介護予防)サービス計画から転記すること。

## 3. 医学的な所見等 (該当する口にレ点を記入)

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、頻りに第95号告示第25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、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当するに至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第95号告示第25号のイに該当すると判断できる者		
確認日	年 月 日	確認者	
確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 主治医意見聴取		
医療機関名		医師名	
当該貸与用具が特に必要な理由(医師の医学的な所見)			

## 4. 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	開催日	年 月 日
	出席(回答)事業者(担当者名)	

※ 添付書類 医学的所見の確認書類、サービス担当者会議の記録(写)、介護予防サービス・支援計画書又は居宅サービス計画書(写)