軽度者に対する福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）例外給付確認申請書

　　年　　月　　日

逗子市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 居宅介護  (介護予防)  支援事業所 | 住　所 | 〒 |
| 名　称 | ㊞ |
| 電話番号 |  |
| 事業者番号 |  |
| 介護支援専門員氏名 | | ㊞ |

次の事項について担当の居宅介護（介護予防）支援事業所から説明を受け、同意しました。

（１） 居宅介護（介護予防）支援事業所が、私の福祉用具貸与の例外給付の確認申請を下記のとおり行うこと。

（２） 確認結果通知を当該居宅介護（介護予防）支援事業所あてに送付すること。

（３） この申請にかかる確認のために必要があるときは、私の要介護認定又は要支援認定の結果や心身の状態及

び疾病など必要な事項について逗子市が調査すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 本人同意欄 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）の例外給付に係る確認を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | | | | | 被保険者番号 | |  | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | |
| 要介護度 | 🞏要支援１　　🞏要支援２　　🞏要介護１　　🞏要介護２　　🞏要介護３ | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 福祉用具を必要とする理由 | 🞏 | 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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する。 | | | | | | | |
| 🞏 | Ⅱ　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる。 | | | | | | | |
| 🞏 | 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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる。 | | | | | | | |
| 確認を必要とする福祉用具種別及び該当する利用者の状態像 | 🞏 | 特殊寝台 | | 🞏日常的に起き上がりが困難な者🞏日常的に寝返りが困難な者 | | | | | |
| 🞏 | 特殊寝台付属品 | | 🞏日常的に起き上がりが困難な者🞏日常的に寝返りが困難な者 | | | | | |
| 🞏 | 床ずれ防止用具 | | 🞏日常的に寝返りが困難な者 | | | | | |
| 🞏 | 体位変換器 | | 🞏日常的に寝返りが困難な者 | | | | | |
| 🞏 | 認知症老人徘徊感知機器 | | 🞏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り、かつ移動において全介助を必要としない者 | | | | | |
| 🞏 | 自動排泄処理装置 | | 🞏排便及び移乗において全介助を必要とする者 | | | | | |
| 福祉用具を必要とする理由を確認した方法 | | | | 🞏 | 主治医意見書 | | | | |
| 🞏 | 医師の診断書等 | | | | |
| 🞏 | 医師から所見を聴取 | | | | |
| サービス担当者会議等実施日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 貸与開始（予定）日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 福祉用具貸与事業所  （介護予防福祉用具貸与事業所） | | | 事業者名 |  | | | | | |
| 事業者番号 |  | | | 電話番号 | | （　　）　　－ |

※添付書類①居宅（介護予防）サービス計画書の写し　②サービス担当者会議の内容を記録した議事録の写し　③医師の所見等の写し