

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認申請書（新規・継続）

南国市長 あて

平成 年 月 日

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。

◆基本情報

※受付印をもって「確認通知書」とします。

被保険者	氏名											被保険者番号				
	住所									生年月日	M・T・S	年	月	日		
	要介護度			認定有効期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日			

居宅介護(介護予防)支援事業者名													
計画作成担当者							電話番号	()	-				
福祉用具貸与事業所名(予定)													

◆貸与を必要とした福祉用具及び本人の状態（該当する□にチェック）

確認を必要とする福祉用具及び該当する状態像	<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
	<input type="checkbox"/>	床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	日常的に起き上がりが困難な者
	<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"/>	認知症老人徘徊感知機器	<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りかつ移動において全介助を必要としない者
	<input type="checkbox"/>	移動用リフト(つり具の部分を除く)	<input type="checkbox"/>	日常的に立ち上がりが困難な者
	<input type="checkbox"/>	自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/>	移乗が一部介助又は全介助を必要とする者
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	生活環境において段差解消が必要と認められる者
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	排便が全介助を必要とする者	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	移乗が全介助を必要とする者	

◆医師の医学的な所見等（該当する□にチェック）

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"/>	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
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"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書等 <input type="checkbox"/> 担当の介護支援専門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	平成 年 月 日（文書での確認の場合は主治医意見書等の記入日）	
当該福祉用具が特に必要な理由（医師の医学的な所見）	疾病等	
	心身の状況等	

◆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	平成 年 月 日
	出席(回答)事業者(担当者名)	

添付書類(該当にチェック)	<input type="checkbox"/> 居宅(介護予防)サービス計画書 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の記録 <input type="checkbox"/> 福祉用具を必要とする理由が確認できる書類（主治医意見書、医師の診断書等）
---------------	---

下記の①～③について担当の居宅介護(介護予防)支援事業所により説明を受け、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に関する確認申請を上記のとおり行うこと
- ②決定通知書を当該居宅介護(介護予防)支援事業所あてに送付すること
- ③この申請に係る確認のために必要があるときは、私の要介護度や心身の状態及び疾病等、必要な事項について南国市が調査すること

市記入欄	
確認結果	<input type="checkbox"/> 貸与可 <input type="checkbox"/> 不可
有効期間	平成 年 月 日から 次回認定(更新・変更)まで
備考	

本人同意欄	氏名	(印)
-------	----	-----

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認申請書 (新規・継続)

記入例

南国市長 あて

平成 26 年 7 月 28 日

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。

◆基本情報

※受付印をもって「確認通知書」とします。

被保険者	氏名	南国 太郎	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
	住所	南国市大堀甲〇〇〇〇番地	生年月日	M・ <input checked="" type="radio"/> S 10年 4月 1日
	要介護度	要介護1	認定有効期間	平成 26年 8月 1日～平成27年 7月31日

居宅介護(介護予防)支援事業者名	〇〇居宅介護支援事業所		
計画作成担当者	後免 花子	電話番号	(088) 863 - 0000
福祉用具貸与事業所名(予定)	(株) 〇〇〇〇		

◆貸与を必要とした福祉用具及び本人の状態 (該当する□にチェック)

確認を必要とする福祉用具	<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 checked="" type="checkbox"/>	特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input checked="" type="checkbox"/>	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
及び	<input type="checkbox"/>	床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	日常的に起き上がりが困難な者
	<input type="checkbox"/>	体位変換器	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者
該当する状態像	<input type="checkbox"/>	認知症老人徘徊感知機器	<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りかつ移動において全介助を必要としない者
	<input type="checkbox"/>	移動用リフト(つり具の部分を除く)	<input type="checkbox"/>	日常的に立ち上がりが困難な者
	<input type="checkbox"/>	自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/>	移乗が一部介助又は全介助を必要とする者
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	生活環境において段差解消が必要と認められる者

◆医師の医学的な所見等 (該当する□にチェック)

利用者の状態像	<input checked="" 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"/>	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	
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"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書等 <input checked="" type="checkbox"/> 担当の介護支援専門員の医師からの聴き取りによる確認		
医療機関名	〇〇病院	医師名	〇〇〇〇
医師への確認日	平成 26 年 7 月 18 日 (文書での確認の場合は主治医意見書等の記入日)		
当該福祉用具が特に必要な理由(医師の医学的な所見)	疾病等	重度の関節リウマチ	
	心身の状況等	朝方に関節のこわばりが強く、1時間以上続くときもあり、起き上がることが困難である。そのため、こわばりが強いときは起き上がりに家族の介助が必要になっている。	

◆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	平成 26 年 7 月 23 日
	出席(回答)事業者(担当者名)	(株)〇〇〇〇 土佐 一郎、デイケアセンター〇〇 山本 三郎、〇〇居宅介護支援事業所、後免 花子

添付書類(該当にチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅(介護予防)サービス計画書 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の記録 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具を必要とする理由が確認できる書類 (主治医意見書、医師の診断書等)
---------------	--

下記の①～③について担当の居宅介護(介護予防)支援事業所により説明を受け、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に関する確認申請を上記のとおり行うこと
- ②決定通知書を当該居宅介護(介護予防)支援事業所あてに送付すること
- ③この申請に係る確認のために必要があるときは、私の要介護度や心身の状態及び疾病等、必要な事項について南国市が調査すること

市記入欄	
確認結果	<input type="checkbox"/> 貸与可 <input type="checkbox"/> 不可
有効期間	平成 年 月 日から 次回認定(更新・変更)まで
備考	

本人同意欄	氏名 南国 太郎 <input checked="" type="checkbox"/>
-------	--