

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付確認依頼申請書

令和 年 月 日

加西市長 あて

下記の事項について、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。

- ・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依頼申請を下記のとおり行うこと。
- ・この申請にかかる確認のために必要があるときは、私の要介護度や心身の状態及び疾病等必要な事項について加西市が調査すること。
- ・この申請にかかる決定については、当該居宅介護（介護予防）支援事業所に通知すること。

本人同意欄	被保険者氏名 _____ 代筆者氏名 _____ (続柄)
-------	-------------------------------

次の被保険者に対して、医師の意見（医学的な所見）等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しましたので、確認を依頼します。

■居宅介護（介護予防）支援事業所情報（申請事業所）

事業所名	事業所番号									
計画作成担当者	連絡先 (Tel)									

■被保険者情報

氏名	被保険者番号									
住所	〒 _____	電話番号								
生年月日	大正・昭和 年 月 日	性別	男	・	女					
認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日	要介護度	要支援 1・2	要介護	1・2・3					

■貸与を予定している福祉用具

福祉用具の種目	車いす ・ 車いす付属品 ・ 特殊寝台 ・ 特殊寝台付属品 ・ 床ずれ防止用具 体位変換器 ・ 認知症老人徘徊感知機器 ・ 移動用リフト ・ 自動排泄処理装置									
事業所名	事業所番号									
利用開始日	年 月 日	連絡先 (Tel)								

■被保険者の状態像（該当するものに○）

認定調査結果から判断できる状態像 （添付書類不要）	1-3 日常的に寝返りが困難な者 1-4 日常的に起きあがり困難な者 1-7 日常的に歩行が困難な者 1-8 日常的に立ち上がりが困難な者 2-1 移動が一部介助又は全介助を必要とする者 2-2 異動において全介助を必要としない者 2-6 排便が全介助を必要とする者 3-1～4-15 意見の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者
認定調査結果から判断できない状態像	ア（二）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 オ（三）生活環境において段差の解消が必要と認められる者 認定調査後に状態が悪化したこと等により例外給付が必要となった者（認定調査結果の変更箇所： - ）
医学的な所見が必要な状態像	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者 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該当することが確実に見込まれる者 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者

■医学的な所見（上記 i）～ iii）に該当する場合のみ）

医療機関名	連絡先 (Tel)								
担当医師	所見確認年月日	年	月	日					

■特に必要と判断した理由（ケアマネジメント結果）

サービス担当者会議開催日	： 令和 年 月 日
--------------	------------

■申請種別と添付書類

- ①医学的な所見の確認書類（上記 i）～ iii）に該当する場合）  
主治の医師から得た情報（認定調査結果から判断できない状態像の場合）
- ②要介護：居宅サービス計画書（1）（2）、サービス担当者会議の要点  
要支援：介護予防サービス・支援計画書、介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）