軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する確認申請書

紀美野町長　様

　軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関して、次の被保険者が下記ⅰ）～ⅲ）の状態像に該当することが医師の意見（医学的所見）に基づき判断され、サービス担当者会議等を経た適切なケアマネジメントの結果を踏まえていることについて下記のとおり確認を依頼します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 申請年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 届出者（計画作成担当者） |  | | 電話番号 |  |
| 居宅介護（介護予防）支援事業者名 | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 住所 |  | | |
| 要介護状態区分 | □ 要支援1　□ 要支援2　□ 要介護1　□ 要介護2　□ 要介護3　□ 認定申請中 | | |
| 認定有効期限 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医学的所見 | 該当する状態像に○ | 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94号告示第31号のイに該当する者 | | | | |
| ⅱ)　疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、短期間のうちに頻繁に第94号告示第31号のイに該当するに至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の医学的判断から第94号告示第31号のイに該当すると判断される者 | | | | |
| 医療機関名 | |  | | 電話番号 |  |
| 担当医師名 | |  | | 所見確認日 |  |
| 医学的所見の確認方法 | | | 主治医意見書・診療情報提供書・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 貸与が必要と判断した福祉用具 | 種類 | ア　車いす及び車いす付属品　　　　イ　特殊寝台及び特殊寝台付属品 | | | | |
| ウ　床ずれ防止用具及び体位変換器　　　　エ　認知症老人徘徊感知機器 | | | | |
| オ　移動用リフト　　　　カ　自動排泄処理装置 | | | | |
| 利用開始日（予定） | | 令和　　年　　月　　日　～ | | | |
| 福祉用具貸与事業所 | | 事業所名 |  | | |
| 事業所番号 |  | 電話番号 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 福祉用具貸与が特に必要な理由・状況  （ケアマネジメント結果） | サービス担当者会議実施日 | | 令和　　年　　月　　日 |
| 理由  状況等 |  | |

添付書類　①医学的所見の確認資料㊢　②ケアプラン1表・2表（介護予防ケアプラン）㊢　③サービス担当者会議の記録㊢

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場合は、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紀美野町が調査すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 本人同意欄 | 氏名 |

上記の申請書による福祉用具の貸与について、介護給付の対象とすることについて

　　可　・　不可　　　と判断し、通知します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日　　　　紀美野町保健福祉課長