

(様式2)

年 月 日

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

六戸町長 様

次の被保険者に対する福祉用具貸与の例外給付について、医師の医学的所見に基づき、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより、対象品目の貸与が特に必要であると判断したので下記のとおり確認申請します。

居宅介護（介護予防）支援事業所名			
計画作成担当者		連絡先	

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	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 介護申請中		
	認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日		

福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像	<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、短時間のうちに第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			
医学的所見を求めた担当医	医療機関名			
	担当医師名			
	連絡先			
医学的所見の確認	<input type="checkbox"/> 主治医意見書（写） <input type="checkbox"/> 診断書（写） <input type="checkbox"/> 医学的所見 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
対 象 貸 与 品 目	種 類	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置		
	貸与開始日	年 月 日		
	福祉用具貸与事業所	事業所名		
事業所番号			連絡先	

※添付書類・・・医学的所見の確認書類、ケアプラン第1表・第2表、サービス担当者会議録の写し、その他必要書類

【保険者使用欄】

上記のとおり例外給付を 認める ・ 認めない（理由： ）
年 月 日
六戸町長 吉 田 豊