

介護認定軽度者に対する福祉用具貸与費の例外給付適否確認申請書

年 月 日

清須市長 様

事業所名  
事業所所在地  
居宅介護支援専門員名  
電話



福祉用具貸与費算定の適否について、次のとおり確認願います。

1	被保険者氏名			被保険者番号															
	生年月日	年	月		日														
	住所	被保険者の認定状況																	
		要介護度	要介護1・要介護2・要介護3 要支援1・要支援2																
	認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日																	
2	福祉用具を必要とする理由 (該当番号に○を付ける。)	(1) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日又は時間帯によって、頻繁に3(第94号告示第31号イ)の状態像に該当する者 (2) 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3(第94号告示第31号イ)の状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる者 (3) 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3(第94号告示第31号イ)の状態像に該当すると判断できる者																	
3	確認を必要とする福祉用具及び該当する状態像(第94号告示第31号イ)	福祉用具名(該当に○印)	該当する状態(該当に○印)																
		車いす及び車いす付属品	・日常的に歩行が困難な者 ・移動の支援が特に必要な者																
		特殊寝台及び特殊寝台付属品	・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																
		移動用リフト(つり具の部分を除く。)	・日常的に立ち上がりが困難な者 ・段差の解消が必要な者 ・移乗が一部介助又は全介助を必要とする者																
	自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。)	・排便及び移乗において全介助を必要とする者																	
サービス担当者会議開催日		年 月 日																	
添付書類	・居宅サービス計画書又は介護予防サービス・支援計画書 ・サービス担当者会議の記録の写し ・医師の所見が確認できるもの ・当該福祉用具のカタログの写し																		

- 下記の①及び②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。
- 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行うこと。
  - この申請に係る確認のため必要があるときは、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、清須市が調査すること。

被保険者同意欄(自署)	
-------------	--