（様式第１号）

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認申請書

令和　　年　　　月　　　日

　　　球磨村長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護支援専門員名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

〇下記の者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認をお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 住　　　　所 |  |
| 要介護度区分 | * 要支援１　□　要支援２　□　要介護１　□　要介護２　□　要介護3

認定有効期間　令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日 |
| 福祉用具 | * 車いす及び車いす付属品　　　　　□　床ずれ防止用具
* 特殊寝台及び特殊寝台付属品　　　□　体位変換機
* 認知症老人徘徊探知機　　　　　　□　移動用リフト（吊り具の部分を除く）
* 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）
 |

〇医師の意見（医学的な所見）　　＊医学的所見の確認書類に基づき、状態像チェック

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 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 |
| □ | 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号ノ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 |
| 上記を確認した根拠 | * 主治医意見書　　　　　　　　　□　医師の診断書
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |

＊その他は具体的内容を記入してください。

〇添付書類（医師の氏名、所見及び当該福祉用具貸与が必要な理由等が記載されていること）

1. 医学的な所見の確認書類（主治医意見書・医師の診断書・医師の意見を聴取した場合は、「軽度者の福祉用具貸与算定にかかわる記録表」に記載）
2. サービス担当者会議の要点（第4表）
3. 介護予防サービス・支援計画表もしくは居宅サービス計画書（第1表・第2表）

（様式第２号）

事　務　連　絡

令和　年　月　日

　（ケアプラン担当ケアマネジャー名）　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　球磨村長

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付確認通知書

　令和　　　年　　月　　　日付で依頼のあった次の対象者に関する（介護予防）福祉用具貸与の例外給付について特に必要である旨が判断されましたので、通知します。

１　対象者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 福祉用具の種類 |  |

２　貸与開始日

　令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日

３　注意事項

（１）保険者等により行われる実地調査等の結果、適正でないと判断された場合は保険給付の返還を求めることがあります。