

# 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付確認申請書

令和 年 月 日

森 町 長 様

事業所所在	
事業所名	
代表者名	
電話番号	
事業所番号	

次の事項について、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下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この申請に係る確認のために必要があるときは、私の要介護認定や心身の状態及び疾病等、必要な事項について森町が調査すること。

本人同意欄	氏名	印
-------	----	---

福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）の例外給付に係る確認を受けたいので次のとおり申請します。

被保険者氏名		被保険者番号												
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 申請中（ 年 月 日申請）													
認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日													
福祉用具の種類	<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"/> 体位変換機 <input type="checkbox"/> 徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト													
利用（貸与）予定日	令和 年 月 日													

医学的所見（医学的所見の確認申請に基づき、該当する状態像にチェック）

<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、頻繁に利用者等告示第31号のイに該当する者（例：パーキンソン病治療薬によるON・OFF現象）
<input type="checkbox"/>	(ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者告示第31号のイに該当することが確実に見込まれる者（例：ガン末期の急速な状態悪化）
<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利用者等告示第31号のイに該当すると判断できる者（例：ぜんそく発作等による呼吸不全・心疾患による心不全・嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避）
上記を確認した方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書等 <input type="checkbox"/> 医師から所見を聴取

添付書類：①居宅（介護予防）サービス計画書（第1表及び第2表）  
②サービス担当者会議の記録  
③医学的所見の確認書類