

軽度者に係る福祉用具貸与費の算定に関する届出書

令和 年 月 日

砂川市長 様

下記により、福祉用具貸与費の例外給付につき確認申請書を提出します。

☆基本情報

被保険者	氏名	被保険者番号										
	住所	生年月日			明・大・昭		年		月		日	
	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	認定有効期間		年		月		日	

居宅介護(介護予防)支援事業者名			
計画作成担当者		電話番号	
福祉用具貸与事業所名(予定)			

☆例外給付の対象となる福祉用具並びに状態像(該当する□に印を記入)

確認を必要とする福祉用具及び該当する状態像	<input type="checkbox"/>	車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/>	日常的に歩行が困難な者
	<input type="checkbox"/>	特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/>	日常的に起き上がりが困難な者
	<input type="checkbox"/>	床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者
	<input type="checkbox"/>	体位変換器	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者
	<input type="checkbox"/>	認知症老人徘徊感知器	<input type="checkbox"/>	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
	<input type="checkbox"/>	移動用リフト(つり具の部分を除く)	<input type="checkbox"/>	日常的に立ち上がりが困難な者 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者

☆医師の医学的な所見等(該当する□に印を記入)

利用者の状態像	<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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者
	<input type="checkbox"/>	ii	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者
当該福祉用具が特に必要となる疾病名若しくは心身状態			
上記の福祉用具を必要とする理由を確認した方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書等(主治医連絡表を含む) <input type="checkbox"/> 担当の介護支援専門員(職員)の医師からの聴き取りによる確認		
医療機関名		医師名	
医師への確認日(文書確認の場合は主治医意見書等の記入日)		令和 年 月 日	

☆サービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメント

会議開催日	令和 年 月 日
会議出席(回答)事業者(担当者名)	

※ 福祉用具貸与の例外給付についての検討内容(照会内容・回答内容)は、別添サービス担当者会議の記録等のとおり。