

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認届出書

備前市長 宛

令和 年 月 日

下記により、福祉用具貸与費の例外給付につき確認届出書を提出します。

⊗基本情報

被保険者	氏名	被保険者番号				0	0	0	0						
	届出区分	新規貸与・継続貸与				生年月日		M・T・S 年 月 日							
	要介護度	要支援1	要支援2	要介護1	申請中	認定有効期間		平成・令和 年 月 日～ 平成・令和 年 月 日							

居宅介護(介護予防)支援事業者名													
計画作成担当者					連絡先	() -							
福祉用具貸与品目・事業所名													

① 直近の認定調査結果により状態像確認(認定調査実施日 平成・令和 年 月 日)

対象用具 及び 調査結果	車いす及び車いす付属品	1-7	<input type="checkbox"/> できない
	特殊寝台及び特殊寝台付属品	1-3	<input type="checkbox"/> できない 1-4 <input type="checkbox"/> できない
	床ずれ防止用具・体位変換器	1-3	<input type="checkbox"/> できない
	認知症老人徘徊感知器	<input type="checkbox"/> 意思の伝達、介護者への反応、記憶、理解のいずれかに支障がありかる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)	1-8	<input type="checkbox"/> できない 2-1 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
自動排泄処理装置	2-1	<input type="checkbox"/> 全介助 2-6	<input type="checkbox"/> 全介助

② 医師の医学的所見 ①で該当にならない場合でⅠ～Ⅲに該当する場合

チェック項目(次のⅠ～Ⅲのいずれかにチェックが必要)	
<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23号告示第19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、短期間のうちに第23号告示第19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23号告示第19号のイに該当すると判断できる者
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	平成・令和 年 月 日 (文書での確認の場合は主治医意見書等の記入日)
当該福祉用具が特に必要な理由(医師の医学的な所見)	疾病等
	心身の状況等

③ サービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメント

サービス担当者会議	開催日	平成・令和 年 月 日
	出席(回答)事業者(担当者名)	

必須添付書類: サービス担当者会議の記録4表⑤ ※判断箇所にもーカー、ケアプラン1表・2表⑤

下記の①～③について担当の居宅介護(介護予防)支援事業所により説明を受け、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届出書を上記のとおり行うこと
- ②決定通知書を当該居宅介護(介護予防)支援事業所宛に送付すること
- ③この届出書の確認のために必要があるときは、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備前市が調査すること

【本人同意欄】 氏名

㊟

受付日

備前市記入欄 給付状況(給付なし 給付あり)
貸与可 貸与不可 ()

※受付印をもって「決定通知書」とします。