

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

平成 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						
	住所				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	認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 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)															

⊗貸与を必要とした福祉用具及び本人の状態(該当する にチェック)

確認を必要とする福祉用具及び該当する状態像	車いす及び車いす付属品	日常的に歩行が困難な者 日常生活範囲における移動支援が特に必要と認められる者
	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 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 生活環境において段差解消が必要と認められる者

⊗医師の医学的な所見等(該当する にチェック)

利用者の状態像	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		
	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		
	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	主治医意見書 医師の診断書等(主治医連絡表を含む) 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 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		

⊗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 年 月 日		
	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。

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

受付印をもって「決定通知書」とします。

下記の ~ 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。

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

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

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

印