

## 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付確認申出書

フリガナ		保険者番号	4 2 1 1 9
被保険者氏名		被保険者番号	
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 認定申請中（申請日   年   月   日）		
認定有効期間	年   月   日   ~   年   月   日		
貸与品目	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換機 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置		
	貸与開始日： 令和   年   月   日		
福祉用具が必要な理由 (医師の所見)	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する。 <input type="checkbox"/> 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なることが確実に見込まれる。 <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性また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。		
医師の所見の確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	左記確認日   ： 令和   年   月   日	
	<input type="checkbox"/> 診断書等	主治医名       ：	
	<input type="checkbox"/> 主治医意見聴取	医療機関名     ：	
		医師の所見等   ：（主治医から聴取した場合に記入）	
添付資料	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書の写し <input type="checkbox"/> サービス担当者会議録の写し（令和   年   月   日開催）		
用具が特に必要と判断した理由	（居宅サービス計画書・サービス担当者会議録に記載された内容）		
<p>岩沼市長   あて</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり、対象貸与品目の貸与が特に必要であると判断したので申し出ます。</p> <p style="text-align: center;">令和   年   月   日            居宅介護支援事業所名   _____</p> <p style="text-align: center;">計画作成担当者名   _____ 印</p>			

市 使 用 欄	課 長	補佐兼係長	主幹兼係長	係 員

受 付