様式第１号（第３条関係）

年　　月　　日

愛　別　町　長　様

事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

福祉用具貸与例外給付の確認依頼申請書

　　　　次の被保険者に対して、（介護予防）福祉用具貸与が必要と判断しましたので、確認を依頼します。

１．被保険者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 生年月日 |  | 認定有効期間 | ～ |
| 要介護度 | 要支援１　・　要支援２　・　要介護１　・　要介護２　・　要介護３ |

２．貸与が必要と判断した福祉用具

|  |  |
| --- | --- |
| 種類 | ア.車いす及び車いす付属品　　　　イ.特殊寝台及び特殊寝台付属品ウ.床ずれ防止用具及び体位変換器　エ.認知症老人徘徊感知器オ.移動用リフト（つり具を除く）カ.自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く） |
| 利用開始（予定）日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 福祉用具貸与事業所 | 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  | 連絡先 |  |

３．医学的所見

|  |  |
| --- | --- |
| 該当する状態像に○ | 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、頻繁に九十五号告示第二十五号のイに該当する者。ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに九十五号告示第二十五号のイに該当することが確実に見込まれる者。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九十五号告示第二十五号のイに該当すると判断できる者。 |
| 医療機関名 |  | 電話番号 |  |
| 担当医師名 |  | 所見確認日 | 　　年　　月　　日 |
| 医学的所見の確認方法 | 主治医意見書・診療情報提供書・その他（　　　　　　　　　　　） |

４．ケアマネジメント結果

|  |  |
| --- | --- |
| サービス担当者会議実施日 | 年　　　月　　　日 |
| 福祉用具貸与が必要な理由・状況等 |  |

５．添付書類

①医学的所見の確認書類　②ケアプラン１表２表　③サービス担当者会議の記録

　　　　上記の居宅介護（介護予防）支援事業所が、軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関して必要

な一切の手続きを行う事、その結果等について福祉用具貸与事業者に提示すること及びこの申請に係

る確認に必要な場合は愛別町長が私の心身の状態等必要な事項について調査することに同意します。

本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印