軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する確認申請書

　　　中札内村長　様

　　軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関して、次の被保険者が下記(ア)から(ウ)の状態像に該当することが医師の意思（医学的所見）に基づき判断され、サービス担当者会議等を経た適切なケアマネジメントの結果を踏まえていることについて下記のとおり確認を依頼します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 申請年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 届出者（計画作成担当者） |  | 電話番号 |  |
| 居宅介護（介護予防）支援事業者名 |  |
|  |
| 被保険者 | 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 住所 |  |
| 要介護状態区分 | 　要支援１　・　要支援２　・　要介護１　・　認定申請中 |
| 認定有効期間 | 　　　　　　年　　　月　　　日　　から　　　　　　　年　　　月　　　日 |
|  |
| 医学的所見 | 該当する状態像に○ | (ア)　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(イ)　疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、短期間のうちに頻繁に第23号告示第19号のイに該当する者(ウ)　疾病その他の病気により、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定から第23号告示第19号のイに該当する者 |
| 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・診療情報提供所・その他（　　　　　　　　　） |
|  |
| 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 |
| 利用開始日（予定） | 　　　年　　　月　　　日 |
| 福祉用具貸与事業所 | 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  | 電話番号 |  |
|  |
| 福祉用具貸与が特に必要な理由・状況（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 |
| 理由状況等 |  |

　添付書類～①医学的所見の確認書類（写）②ケアプラン１表・２表（介護予防ケアプラン）（写）③サービス担当者会議の記録（写)

　　上記の居宅介護（介護予防）支援事業者が、軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関して一切の手続きを行うこと、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届出に係る確認に必要な場合は中札内村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。

本人署名　 　　　　 　　　　印