

(別記様式1)

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付確認申請書

年 月 日

霧島市長 様

事業所名

所在地

代表者名

電話番号

(担当者名:)

下記の者に対する福祉用具貸与の例外給付について確認をお願いします。

(該当する項目の をチェックしてください。)

被保険者氏名		被保険者番号																		
住 所	〒霧島市																			
要介護度区分 (認定有効期間)	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 (年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 認定申請中〔新規・更新・変更〕(申請日 年 月 日)																			
利用開始 (予定)日	年 月 日																			
福祉用具の種目	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <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																			
利用者の状態像	<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95号告示第25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95号告示第25号のイに該当す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95号告示第25号のイに該当する者																			
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(ケアプラン連絡票を含む。)等 <input type="checkbox"/> 医師の医学的な所見を聴取																			
サービス担当者会議の開催日	年 月 日																			

【添付書類】

- ① 医学的な所見の確認書類(写)
- ② 居宅(介護予防)サービス計画書〔第1表・第2表〕(写)
- ③ サービス担当者会議の記録等(写)

