

軽度者に対する福祉用具貸与費の例外給付に係る確認申請書

令和 年 月 日

医師の医学的な所見に基づき福祉用具貸与が必要と判断される場合に本申請書にケアプランを添付して提出してください。

◎作成者

介護居宅支援事業所			
介護支援専門員		電話番号	

◎被保険者情報

氏名			被保険者番号	
介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 1	<input type="checkbox"/> 要支援 2	<input type="checkbox"/> 要介護 1	
主たる介護者の有無	<input type="checkbox"/> あり（介護者： _____）			<input type="checkbox"/> なし

◎確認が必要な対象品目（いずれか1つにレ点を記入）

<input type="checkbox"/> 車いす（付属品） <input type="checkbox"/> 特殊寝台（付属品） <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <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）	
製品名	

◎医師の医学的な所見

利用者の状態像 （いずれか1つにレ点を記入）	<input type="checkbox"/>	疾病その他の原因により状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって頻繁に福祉用具が必要な状態になる（状態の変化）
	<input type="checkbox"/>	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる（急性憎悪）
	<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、福祉用具が必要（医師の禁忌）
必須添付資料	<input type="checkbox"/>	ケアプラン（ <u>医療機関名・医師名・疾病等・医師の所見（「利用者の状態像」を判断した根拠となるもの）を記載すること。</u> ）

◎サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメント

<input type="checkbox"/> サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより貸与が必要と判断されている。
