別記第2号様式(第5条関係)

年　　月　　日

串本町長　宛

事業所名

代表者名

担当者名

所 在 地

電話番号

福祉用具貸与例外給付確認申請書

　次の被保険者について、福祉用具貸与の例外給付を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | | 被保険者番号 |  |
| 要介護度 | □要支援1　□要支援2　□要介護1　□要介護2　□要介護3　□認定申請中 | | | |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | |
| 福祉用具貸与種目及び該当  する状態像 | □車いす・車いす付属品 | □日常的に歩行が困難な者 | | |
| □日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者 | | |
| □特殊寝台・特殊寝台付属品 | □日常的に起き上がりが困難な者 | | |
| □日常的に寝返りが困難な者 | | |
| □床ずれ防止用具 | □日常的に寝返りが困難な者 | | |
| □体位変換器 | □日常的に寝返りが困難な者 | | |
| □認知症老人徘徊感知機器 | □意思の伝達、介護者への反応、記憶、理解のいずれかに支障がある者  □移動において全介助を必要としない者 | | |
| □移動用リフト | □日常的に立ち上がりが困難な者 | | |
| □移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 | | |
| □生活環境において段差の解消が必要と認められる者 | | |
| □自動排泄処理装置 | □排便が全介助を必要とする者  □移乗が全介助を必要とする者 | | |
| 医学的所見  ※該当する  場合記入 | □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、頻繁に状態像に該当する者 | | | |
| □疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに状態像に該当することが確実に見込まれる者 | | | |
| □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状態像に該当すると判断できる者 | | | |

※添付書類：①介護予防サービス・支援計画書又は居宅サービス計画書

②サービス担当者会議の記録

③医師の医学的所見が確認できる書類

別記第2号様式(第5条関係)

**記入例**

令和　●年　●月　●日

串本町長　宛

事業所名　●●居宅介護支援事業所

代表者名　●●　●●

担当者名　●●　●●

所 在 地　串本町串本\*\*\*\*番地

電話番号　\*\*\*\*-\*\*-\*\*\*\*

福祉用具貸与例外給付確認申請書

　次の被保険者について、福祉用具貸与の例外給付を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | 串本　太郎 | | 被保険者番号 | \*\*\*\*\*\*\*\*\*\* |
| 要介護度 | □要支援1　□要支援2　☑要介護1　□要介護2　□要介護3　□認定申請中 | | | |
| 認定有効期間 | 令和　●年　●月　●日　～　令和　●年　●月　●日 | | | |
| 福祉用具貸与種目及び該当  する状態像 | ☑車いす・車いす付属品 | ☑日常的に歩行が困難な者 | | |
| □日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者 | | |
| □特殊寝台・特殊寝台付属品 | □日常的に起き上がりが困難な者 | | |
| □日常的に寝返りが困難な者 | | |
| □床ずれ防止用具 | □日常的に寝返りが困難な者 | | |
| □体位変換器 | □日常的に寝返りが困難な者 | | |
| □認知症老人徘徊感知機器 | □意思の伝達、介護者への反応、記憶、理解のいずれかに支障がある者  □移動において全介助を必要としない者 | | |
| □移動用リフト | □日常的に立ち上がりが困難な者 | | |
| □移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 | | |
| □生活環境において段差の解消が必要と認められる者 | | |
| □自動排泄処理装置 | □排便が全介助を必要とする者  □移乗が全介助を必要とする者 | | |
| 医学的所見  ※該当する  場合記入 | □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、頻繁に状態像に該当する者 | | | |
| ☑疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに状態像に該当することが確実に見込まれる者 | | | |
| □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状態像に該当すると判断できる者 | | | |

※添付書類：①介護予防サービス・支援計画書又は居宅サービス計画書

②サービス担当者会議の記録

③医師の医学的所見が確認できる書類