

例外（介護予防）福祉用具貸与申請書

串本町長 様

医師の医学的所見に基づき、下記利用者の居宅（介護予防）サービス計画に例外（介護予防）福祉用具貸与を位置付けることについて、以下のとおり申請します。

年 月 日

居宅介護（予防）
支援事業者名

担当者氏名

被保険者番号		氏名	
住所	〒 - 電話番号		
生年月日	明治 昭和 大正 年 月 日（ 歳）		
要介護度	<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		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
認定調査実施日	年 月 日		

【必要な福祉用具の種類】※必要な貸与品目に○をつけること。

<input type="checkbox"/>	車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/>	認知症老人徘徊感知機器
<input type="checkbox"/>	特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/>	移動用リフト（つり具の部分を除く）
<input type="checkbox"/>	床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	自動排泄処理装置 (尿のみを自動的に吸引するものを除く)
<input type="checkbox"/>	体位変換器		

添付書類

- 別添1【医師の医学的所見／サービス担当者会議の開催状況】
- 居宅介護（予防）サービス計画書【医師の氏名と所見が記載された様式】の写し

※ 本申請書は、提出時点の福祉用具貸与に関してのみ有効です。認定の更新又は要支援・要介護状態区分の変更、福祉用具貸与の項目変更があった場合には、再度作成し提出してください。

【医師の医学的所見／サービス担当者会議の開催状況】

	主治医名	
	医療機関名	
医師の医学的所見	<p>【例外的貸与基準の該当性】※該当するものにチェックしてください。</p> <p><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、頻繁に利用者等告示第31号のイに該当する者</p> <p><input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第31号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者</p> <p><input type="checkbox"/> 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利用者等告示第31号のイに該当すると判断できる者</p> <p>【原因となる疾病等】</p> <p>【当該利用者の具体的状態像】</p>	
家族による介護支援の状況		
サービス担当者会議の意見	【サービス担当者会議開催日】	年 月 日
	【ケアプラン作成担当者】	
	氏 名 ()	
	所属事業所 ()	
	【サービス担当者の意見】	
	【福祉用具専門相談員の意見】	
	福祉用具専門相談員氏名 ()	
	指定福祉用具貸与事業所名 ()	
	【本人・家族の意向】	
主治医から得た情報やサービス担当者会議等の結果を踏まえたケアプラン作成担当者の意見		