別記第1号様式(第4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届出書

　次の被保険者について、福祉用具貸与の例外給付を届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |

※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

別記第1号様式(第4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届出書

　次の被保険者について、福祉用具貸与の例外給付を届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |

※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