

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する申請書

令和 年 月 日

(宛先) 宜野湾市長

申請者	事業所名			
	担当者氏名		連絡先	

下記により、福祉用具貸与費の例外給付につき確認をお願いします。 該当する□にレ点を記入

1	氏名				被保険者番号								
	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											
2	福祉用具を必要とする理由	<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3の状態像に該当する。										
		<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3の状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる。										
		<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3の状態像に該当すると判断できる。										
3	種目及び該当する状態像	<input type="checkbox"/>	車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/>	日常的に歩行が困難な者								
		<input type="checkbox"/>	特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/>	日常的に起き上がりが困難な者								
		<input type="checkbox"/>	床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者								
		<input type="checkbox"/>	体位変換器	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者								
		<input type="checkbox"/>	認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/>	意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動において全介助を必要としない者								
		<input type="checkbox"/>	移動用リフト(つり具の部分を除く。)	<input type="checkbox"/>	日常的に立ち上がりが困難な者								
		<input type="checkbox"/>	自動排泄処理装置(ただし、尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く)	<input type="checkbox"/>	移乗が一部介助又は全介助を必要とする者								
4	2の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"/>	医師から所見を聴取								
		<input type="checkbox"/>	医師の診断書等(主治医照会票を含む)										

下記の書類が添付されているかご確認ください。 該当する□にレ点を記入

<input type="checkbox"/>	居宅サービス計画書 または 介護予防サービス計画書
<input type="checkbox"/>	サービス担当者会議録(やむを得ない理由によりサービス担当者会議を開催せず、担当者に対する照会等により意見を求めた場合は、「開催日(照会日・回答日)」「出席者(回答者)」「福祉用具貸与の例外給付についての検討内容(照会内容・回答内容)」が記載されているもの)
<input type="checkbox"/>	医師の医学的な所見が確認できるもの
<input type="checkbox"/>	電動車いす(シニアカーを含む)の場合:軽度者の電動車いす及びモーターバイク型電動車いす貸与の必要性チェック表

下記の事項がすべて添付書類に記載されているかご確認ください。

<input type="checkbox"/>	医師の氏名、医療機関名、疾病名、上記2に該当する具体的な理由、4の方法により所見を確認した日時
<input type="checkbox"/>	サービス担当者会議等において、当該福祉用具が特に必要であると判断と判断された経緯