**軽度者の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

木更津市長様

該当する□にレ点を記入

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名（事業者番号） | 印　　（　　　　　　　　　　　　） |
| 事業所所在地 | （〒　　　－　　　　） |
| 事業所管理者名 | 印 |

１　被保険者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | （氏名） | （被保険者番号） | ０ | ０ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |
| （要介護状態区分）　□　要支援１　□　要支援２　□　要介護１ | | | | | | | | | | | |
| （認定有効期間）　　　　　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |

２　居宅（介護予防）計画作成者

|  |  |
| --- | --- |
| 計画作成者氏名 |  |
| 事業所電話番号 |  |

３　例外給付の判断について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 福祉用具を  必要とする  理由 | □ | 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、頻繁に平成２７年厚生労働省告示第９４号第３１号のイに該当する。 | |
| □ | ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに平成２７年厚生労働省告示第９４号第３１号のイに該当することが確実に見込まれる。 | |
| □ | ⅲ）疾病その他の原因により、身体へ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平成２７年厚生労働省告示第９４号第３１号のイに該当すると判断できる。 | |
| ２ | 福祉用具の必要性を判断するために  用いた方法 | | | □　主治医意見書 |
| □　医師の診断書等 |
| □　医師から所見を聴取 |
| ３ | 確認を必要とする福祉用具及び該当する状態像 | □　車いす及び車いす付属品 | | □　日常的に歩行が困難な者 |
| □　特殊寝台及び  特殊寝台付属品 | | □　日常的に起きあがりが困難な者 |
| □　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 | | □　意見の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに  支障がある者で、移動において全介助を必要としない者 |
| □　移動用リフト  　　（つり具の部分を除く） | | □　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 |
| □　自動排泄処理装置 | | □　排便及び移乗が全介助を必要とする者 |
| ４ | サービス担当者会議開催日 | | | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| ５ | 福祉用具の開始年月日 | | | 令和　　　年　　　月　　　日 |

【添付書類（各１部）】

⑴　診断書等の医師の医学的な所見が確認できる書類

⑵　サービス担当者会議の記録等

⑶　居宅サービス計画票第１表・第２表・第３表、介護予防サービス支援計画書