福祉用具貸与の例外給付に係る確認申請書

　北広島町長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

**居宅介護（予防）支援事業所**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　TEL:

住所・名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

複写代支払方法　　**切手・即納**・**月締め**

介護支援専門員

　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

複写代支払方法　　**切手・即納**・**月締め**

資格　　格

介護支援専門員

　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

複写代支払方法　　**切手・即納**・**月締め**

介護支援専門員

　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

複写代支払方法　　**切手・即納**・**月締め**

氏　　　名

介護支援専門員

　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

複写代支払方法　　**切手・即納**・**月締め**

**被保険者（利用者）**

00000

被保険者番号

男・女

性別

フリガナ

被保険者

|  |
| --- |
|  |

年齢

歳

明・大・昭　　年　 月　 日

生年月日

要介護(支援)認定

要支援　１・２　　　要介護　１・２・３

〒731-

北広島町

住　　 　所

　□新規貸与　　　・　　□継続貸与

届 出 区 分

福 祉 用 具

貸 与 項 目

（該当の箇所に☑してください）

**□車いす　　　□車いす付属品　　　□特殊寝台　　　　□特殊寝台付属品**

**□床ずれ防止用具　　　　□体位変換器　　　　　□認知症老人徘徊感知機器**

**□移動用リフト(つり具の部分を除く)　　　　　　□自動排泄処理装置**

**令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日**

貸 与 期 間

貸与事業所名

　　　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

　　　繁に第94号告示第31号のイに該当する者

　　　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第94号告示第31

　　　号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者

　　　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

　　　判断から第94号告示第31号のイに該当すると判断できる者

算定の

判定基準

(該当の箇所に○をしてください）

**ⅰ**

**ⅱ**

**ⅲ**

医師の

医学的な所見

１ 主治医意見書　　２ 診断書　　３ 医師からの意見聴取

確認方法

医師氏名

医療機関名

**●添付書類　 医師の意見の記載されたもの**

**ケアプランの写し**

要介護の場合：居宅介護サ－ビス計画書第１表及び第２表、週間サ－ビス計画表第３表

サ－ビス担当者会議の要点第４表

　　　　　 　　　要支援の場合：介護予防サ－ビスの支援計画書、サ－ビス担当者会議の要点

決　　裁

令和　　　年　　　月　　　日

課 長

課長補佐

係 長

 係