

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

住所・名称	TEL:		
氏名		資格	

被保険者（利用者）

フリガナ			性別	男・女	被保険者番号	00000
被保険者			生年月日	明・大・昭	年 月 日	年齢 歳
住所	〒731- 北広島町		要介護（支援）認定			
			要支援 1・2		要介護 1・2・3	
届出区分	<input type="checkbox"/> 新規貸与 <input type="checkbox"/> 継続貸与					
福祉用具貸与項目 <small>（該当の箇所に☑してください）</small>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置					
貸与期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
貸与事業所名						
算定の判定基準 <small>（該当の箇所に○をしてください）</small>	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第94号告示第31号のイに該当する者					
	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					
	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第94号告示第31号のイに該当すると判断できる者					
医師の医学的な所見	確認方法	1 主治医意見書 2 診断書 3 医師からの意見聴取				
	医療機関			医師氏名		

●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：居宅介護サービス計画書第1表及び第2表、週間サービス計画表第3表
サービス担当者会議の要点第4表
要支援の場合：介護予防サービスの支援計画書、サービス担当者会議の要点

決	令和 年 月 日			
	課長	課長補佐	係長	係
裁				