

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する確認申請書

杵藤地区広域市町村圏組合 管理者あて

申請日 平成 年 月 日

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関して、次の被保険者が下記 i)～iii)の状態像に該当することが医師の意見(医学的所見)に基づき判断され、サービス担当者会議等を経た適切なケアマネジメントの結果を踏まえていることについて下記のとおり確認を依頼します。

提出事業所	居宅介護事業所名 介護予防支援事業所名	㊟		
	住所	〒		
	委託先居宅介護事業所名			
	担当者氏名		連絡先	

被保険者	フリガナ		保険者番号		4	1				
	氏名		被保険者番号	1	0	0				
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女						
	住所	〒								
	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 <input type="checkbox"/> 認定申請中								
	認定有効期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日								

福祉用具貸与対象品目	
該当要件の確認	<input type="checkbox"/> i)状態の変化 <input type="checkbox"/> ii)急性増悪 <input type="checkbox"/> iii)医師禁忌

医師からの所見	確認日	平成 年 月 日		
	確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 主治医意見聴取		
	所属医療機関名		医師名	
	原因となる疾病等			
	具体的な状態像			

福祉用具貸与が特に必要な理由・状況 (ケアマネジメント結果)	サービス担当者会議実施日	平成 年 月 日	
	理由・状況等		

※添付書類 ①医学的所見の確認書類 ②ケアプラン1表・2表(介護予防ケアプラン)
③サービス担当者会議の記録④ ④基本調査票④

- ・居宅介護(介護予防)支援事業者が、私の福祉用具貸与の例外給付に関する確認申請を上記のとおり行うこと
 - ・確認結果通知を当該居宅介護(介護予防)支援事業者あてに送付すること
 - ・この申請に係る確認のために必要がある場合は、私の介護度及び心身の状態及び疾病等、必要な事項について杵藤地区広域市町村圏組合介護保険事務所が調査すること
- 以上について、担当の居宅介護(介護予防)支援事業所より説明を受け、同意しました。

本人同意欄

㊟