**軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る確認申請書**

　　年　　月　　日

葉山町長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 居宅介護(介護予防)支援事業所 | 住　所 |  |
| 名　称 |  |
| 電話番号 |  |
| 事業者番号 |  |
| 介護支援専門員氏名 |  |

福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）の例外給付に係る確認を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | 〒 |
| 要介護度 | □要支援１　　□要支援２　　□要介護１　　□要介護２　　□要介護３ |
| 認定有効期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 対象品目(希望するもの) | □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　　　　　□体位変換機□認知症老人徘徊感知機器　　□移動用リフト（つり具を除く）□自動排泄処理装置（交換可能部品を除く） |
| 基本調査の確認結果 | 対象品目の算定の可否の判断基準について、直近の基本調査票等で確認してください。□「厚生労働大臣が定める者のイ」に該当しない　□「厚生労働大臣が定める者のイ」に該当する→該当する場合はこの申請書の提出の必要はありません。 |
| 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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する。 |
| □ | Ⅱ　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態にな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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる。 |
| 福祉用具を必要とする理由を確認した方法 | □ | 主治医意見書 |
| □ | 医師の診断書等 |
| □ | 医師から所見を聴取 |
| サービス担当者会議等実施日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 貸与開始（予定）日 | 　　　　年　　　月　　　日 |

※添付書類

　　①医師の所見および医師の名前を記録した居宅（介護予防）サービス計画書の写し

②サービス担当者会議の記録の写し