

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付確認依頼申請書

年 月 日

高根沢町長 様

所在地

事業所 名 称

代表者氏名

計画作成者氏名 (連絡先)

軽度者に対する福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）の例外給付の確認を依頼します。

被保険者氏名		被保険者番号											
住 所													
要 介 護 度	☐認定申請中（申請日： 年 月 日） ☐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 ～ 令和 年 月 日												
貸与予定品目	☐ 車いす及び車いす付属品 ☐ 特殊寝台及び特殊寝台付属品 ☐ 床ずれ防止用具及び体位変換器 ☐ 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												
利用開始（予定）日	年 月 日 （申請区分 ☐ 新規 ☐ 継続）												
医師の医学的所見（告示で定める状態は裏面を参照）	☐ ア）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者												
	☐ イ）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者												
	☐ ウ）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状態に該当すると判断できる者												
医学的所見の確認方法	医療機関名						担当医師氏名						
	所見確認日	年 月 日											

(添付書類)

①サービス担当者会議の要点又は介護予防支援経過記録の写し

※医師の所見を記載する必要があります（医師の所見を確認した資料は添付不要です）

②貸与が必要な福祉用具のカタログ

（※疾患名、福祉用具が必要な症状等が記入されていること）

医師の医学的所見における「厚生労働省告示で定める状態」

対象外種目	状態像
ア 車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者 1 日常的に歩行が困難な者 2 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者
イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 1 日常的に起き上がりが困難な者 2 日常的に寝返りが困難な者
ウ 床ずれ防止用具及び体位返還器	日常的に寝返りが困難な者
エ 認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者 1 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 2 移動において全介助を必要としない者
オ 移動用リフト (つり具部分を除く)	次のいずれかに該当する者 1 日常的に立ち上がりが困難な者 2 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 3 生活環境において段差の解消が必要と認められる者
カ 自動排泄装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く）	次のいずれにも該当する者 1 排便が全介助を必要とする者 2 移乗が全介助を必要とする者