

介護保険 福祉用具貸与に関する確認申請書



砺波地方介護保険組合理事長あて

下記のとおり、軽度者に係る福祉用具貸与について例外給付算定を受けたく申請します。
 なお、当該申請に係る確認については、下記の居宅介護(介護予防)支援事業者に通知することに同意します。

申請年月日	年 月 日	申請者氏名	
住 所		被保険者との関係	

記 (申請者欄は自署のこと)

以下は、居宅介護(介護予防)支援事業者の計画作成担当者が記入してください。

被保険者名		被保険者番号	
生年月日	M. T. S 年 月 日	性別	男 ・ 女
要介護状態区分	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1	認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで

作成者

居宅介護(介護予防)支援事業者名			
計画作成担当者氏名		電話番号	

例外給付について

①必要とする福祉用具の種類	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特殊寝台及び付属品 ・ 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 ・ 自動排泄処理装置
②当該福祉用具の名称	
③確認の有効期間	年 月 日(貸与開始日) ～ 年 月 日
④該当する被保険者の状態 (該当する状態像を○で囲んで下さい。)	<ul style="list-style-type: none"> 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95号告示第25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95号告示第25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95号告示第25号のイに該当すると判断できる者
⑤被保険者の疾病名及び心身の状態 例) パーキンソン病、末期がん等	

添付書類(該当するものにチェックを入れてください。)

医師の医学的な所見を示す資料 (いずれか1つ必要) 福祉用具を必要とする状態が明記されていること。	<input type="checkbox"/> 主治医意見書(写しで可)
	<input type="checkbox"/> 診断書
	<input type="checkbox"/> 担当介護支援専門員が医師に聴取した所見の記録
担当者会議等の計画に関する資料 (いずれか1つ必要) サービス担当者会議において被保険者が①の福祉用具を必要とする状態であると認めた理由が明記されていること。	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(第1～4表)(写し) 注1) i) に該当する場合、状態像が変動する周期及び福祉用具を必要とする頻度を記載 iii) に該当する場合、医学的判断の具体的な内容を記載
	<input type="checkbox"/> 介護予防支援に係る関連様式(写し) 注1) 上記のとおり

軽度者に係る福祉用具貸与に関する確認書

組合記入欄

評価欄	課長	合議	主務
-----	----	----	----

年 月 日付で承認・非承認とする。