軽度者に対する福祉用具貸与費の例外給付確認申請書

年 月 日

太子町長 様

居宅介護（介護予防）支援事業者名
担当者名

医師の医学的所見に基づき、軽度者に対する福祉用具貸与費の例外給付の確認を受けたいので、次のとおり申請します。

被保険者番号		被保険者氏名	
住 所	〒 - 電話（ ）		
生年月日	年 月 日（ 歳）		
要介護度等	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 （※ 自動排泄処理装置の場合 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3）		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
認定調査実施日	年 月 日		
貸与開始日	年 月 日		

【必要な福祉用具の種類】 ※必要な貸与品目に○を付けること。

☐	車いす及び車いす付属品	☐	認知症老人徘徊感知機器
☐	特殊寝台及び特殊寝台付属品	☐	移動用リフト
☐	床ずれ防止用具及び体位変換器	☐	自動排泄処理装置

【医師の医学的所見／サービス担当者会議の開催状況等】

医師の医学的所見 ※原因となる疾病名及び具体的状態像については、診断書等の添付に替えても可	主治医名	
	医療機関名	
	<p>【例外的貸与基準の該当性】 ※該当するものにチェックすること</p> ☐ 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 ☐ 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該当することが確実に見込まれる者 ☐ 疾病その他の要因により、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される者 【原因となる疾病等】 【当該利用者の具体的状態像】	