

**介護保険 福祉用具貸与例外給付確認申請書**

(あて先) 甲府市長

下記及び別添のとおり、福祉用具貸与について、医師の所見及びサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより判断されていることの確認を申請します。

また、この申請にかかる確認のために必要のあるときは、私の心身の状態及び疾病等必要な事項について甲府市が調査することに同意します。なお、当該確認については、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。

<b>本人同意欄（被保険者氏名・印）</b>	印
------------------------	---

記

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。

◆被保険者情報記入日 平成 年 月 日

<b>住所</b>	甲府市	<b>被保険者番号</b>	
<b>被保険者氏名</b>		<b>電話番号</b>	
<b>生年月日</b>	明・大・昭 年 月 日	<b>性別</b>	男 ・ 女
<b>要介護状態等区分</b>	要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1	<b>認定有効期間</b>	H 年 月 日から H 年 月 日まで

◆作成者

<b>居宅介護（介護予防）支援事業者名</b>	
<b>計画作成担当者氏名</b>	<b>電話番号</b>

◆例外給付について

<b>①必要とする福祉用具の種類</b>	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器・移動用リフト（つり具の部分を除く。）・自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く）
<b>②当該福祉用具の名称</b>	
<b>③当該福祉用具の機能</b>	
<b>④該当する被保険者の状態像</b> (該当するものを○で囲んでください。)	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 23 号告示第 19 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 23 号告示第 19 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 23 号告示第 19 号のイに該当すると判断できる者
<b>⑤被保険者の疾病及び身体の状態</b> 例) パーキンソン病、末期がん等	
<b>⑥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</b> 以下に留意して具体的に記入して下さい。 ・ i に該当する場合、状態が変動する周期(日・時間帯)及び福祉用具を必要とする頻度を記載すること ・ iii に該当する場合、医学的判断の具体的な内容を記載すること	

◆添付書類（該当するものにチェックを入れてください。）

<b>医師の医学的な所見を示す資料</b>	<input type="checkbox"/> 主治医意見書
	<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
<b>担当者会議等の計画に関する資料</b>	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書（第 1 表～第 7 表）
	<input type="checkbox"/> 介護予防支援に係る関連様式

以上、相違ありません。