

介護保険 福祉用具貸与例外給付申請書

(あて先) 川口市長

年 月 日 申請

下記のとおり、福祉用具貸与について、保険給付の対象として認めるよう申請します。
 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川口市が調査することに同意します。

本人同意欄	
-------	--

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下さい。

被 保 険 者	被保険者番号							生年月日			年 月 日	
	フリガナ											
	氏名	(歳) 男・女										
	住所	〒 電話番号										
	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	

◆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	<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
担当者会議等の計画に関する資料	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書（第1表～第4表） <input type="checkbox"/> 介護予防支援に係る関連様式

※申請書類は2部ご提出ください。

◆ 例外給付について

① 必要とする福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置
② 当該福祉用具の名称	
③ 当該福祉用具の機能	
④ 該当する被保険者の状態像 (該当するものを○で囲んで 下さい)	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、頻繁に平成24年厚生労働省第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 ちに平成24年厚生労働省第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平成24年厚生労働省第95号 告示第25号のイに該当すると判断できる者
⑤ 被保険者の疾病及び心身の 状態 例) パーキンソン病、末期がん等	
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	

※⑥については、以下に留意して記入してください。

- ・ 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。
- ・ ii 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。

市確認欄

医師に聴取した所見の記録

●被保険者情報

被保険者名		被保険者番号	
住所	川口市	電話番号	
生年月日	年 月 日(歳)	性別	男 ・ 女

●聴取者

居宅介護支援事業者名			
居宅介護支援専門員名		電話番号	

●主治医の所見

聴取日時	年 月 日()		
病院名		聴取した医師名	()科
住所		電話番号	
状態像が例外給付に該当する旨についての医師の所見	福祉用具の種類 当該福祉用具の名称		