

介護保険 福祉用具貸与例外給付確認申請書

様式1

刈谷市長

次のとおり福祉用具貸与について、例外給付対象として確認申請します。

被保険者	被保険者番号														申請年月日	令和	年	月	日
	フリガナ													生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	氏名													性別	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 (要介護2・要介護3) ※自動排泄処理装置については、要介護3まで軽度者とします。																	
	有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで																	

例外給付内容	必要とする福祉用具の種目	<input type="checkbox"/> 車いす(付属品含む) <input type="checkbox"/> 特殊寝台(付属品含む) <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換機 <input type="checkbox"/> 認知症徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置
	該当する被保険者の状態像 (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、頻繁に告示に定める福祉用具が必要な状態に該当する者
	告示… 第95号告示第25号のイ及び第79号において準用する25号のイ	ii 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示に定める福祉用具が必要な状態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告示に定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者
	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	
サービス担当者会議において被保険者が福祉用具を必要とする状態であると認めた理由		
	・ 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	

申請書には、医師の医学的な所見を示す書類と、要支援の場合、介護予防支援にかかる様式(支援経過・担当者会議の部分含む)を、要介護の場合は、居宅サービス計画書標準様式第1表、第2表、第4表及び第5表を添付してください。

作成者	居宅介護(介護予防)支援事業者名	電話番号() —
	計画作成担当者	

この申請にかかる確認のために必要があるときは、私の心身の状態及び疾病等必要な事項について刈谷市が調査することに同意します。なお、当該申請にかかる確認については、上記の居宅介護(介護予防)支援事業者に通知することに同意します。

令和 年 月 日

本人氏名 _____

※自署または記名押印してください。