様式１

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認申請書

（　新規　・　継続　・　変更　）

令和　　年　　月　　日

日置市長　殿

事業所名

所在地

代表者名

電話番号

（担当者名：　　）

下記により、軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について確認願います。

（該当する□にレ点を記入してください。）

1	被保険者氏名		被保険者番号	
		要介護度	□要支援１　□要支援２　□要介護１　□要介護２　□要介護３	
			□認定申請中（申請日　　年　　月　　日）	
2	福祉用具貸与品目	□ 車いす及び車いす付属品 □ 床ずれ防止用具及び体位変換機 □ 移動用リフト（つり具の部分を除く）	□ 特殊寝台及び特殊寝台付属品 □ 認知症老人徘徊探知機 □ 自動排泄処理装置	
3	医師への確認事項及び根拠となる状態像	医療機関名	医師名	
		□	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、頻繁に利用者等告示第31号のイに該当する。（状態の変化）	
		□	ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第31号のイに該当することが確実に見込まれる。（急性増悪）	
		□	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利用者等告示第31号のイに該当すると判断できる。（医師禁忌）	
		疾病名その他の原因		
4	福祉用具を必要とする理由を確認した方法	□	主治医意見書	
		□	医師の診断書等（主治医連絡票を含む）等	
		□	医師の医学的な所見を聴取	
5	添付書類	□	医師の医学的な所見が確認できるもの（上記４の書類）	
		□	居宅サービス計画書（第１表、第２表）又は介護予防サービス・支援計画書	
		□	サービス担当者会議の記録（第４表、第５表）又は介護予防支援経過記録	
		□	様式２（算定可否の判断基準チェック表）	
6	サービス担当者会議開催日	令和　　年　　月　　日		