令和　　　年　　　月　　　日

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る確認届出書

みなべ町長　様

１．届出者【居宅介護（予防）支援事業所】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  | 事業所名 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 計画作成者氏名 | 　 | 電話番号 | （　　　　）　　　　 |

２．被保険者情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |
| 被保険者の住所 |  |
| 要介護度 | □要支援１　□要支援２　□要介護１　□要介護２　□要介護３ |
| 認定有効期間 | 　　年　　　月　　　日　　～　　　　　　年　　　月　　　日 |

３．貸与を必要と判断した福祉用具

|  |  |
| --- | --- |
| 届出区分 | □新規貸与　　　　　□継続貸与 |
| 福祉用具の種類 | □車いす　□車いす付属品　□特殊寝台　□特殊寝台付属品　□床ずれ防止用具　□体位変換器　□認知症老人徘徊感知機器　□移動用リフト　□自動排泄処理装置 |
| 福祉用具貸与事業所名 |  |
| 利用開始（予定）日 | 年　　　月　　　日 |

４．例外給付の判断について

|  |  |
| --- | --- |
| チェック欄 | チェック項目 |
|  | 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９５号告示第二十五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９５号告示第二十五号のイに該当す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９５号告示第二十五号のイに該当すると判断できる者 |
| チェック欄 | 上記ⅰ～ⅲの確認方法 |
|  | 主治医意見書 |
|  | 医師の診断書（診療情報提供書） |
|  | 医師の所見を担当の介護支援専門員が聴取 |
| 福祉用具の貸与が特に必要と判断した理由 |  |

【添付書類】①居宅サービス計画書（１）（２）または介護予防サービス・支援計画書の写し

　　　　　　②サービス担当者会議の要点の写し　③医師の医学的な所見の確認書類（診療情報提供書等）