

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付確認依頼申請書

年 月 日

高根沢町長 様

所在地

事業所 名称

代表者氏名

計画作成者氏名

(連絡先)

軽度者に対する福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）の例外給付の確認を依頼します。

被保険者氏名	被保険者番号											
住 所												
要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 認定申請中（申請日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3											
認定有効期間	年 月 日 ～ 令和 年 月 日											
貸与予定品目	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置											
利用開始（予定）日	年 月 日（申請区分 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続）											
医師の医学的所見（告示で定める状態は裏面を参照）	<input type="checkbox"/> ア）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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者											
	<input type="checkbox"/> イ）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で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者											
	<input type="checkbox"/> ウ）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で定める状態に該当すると判断できる者											
医学的所見の確認方法	医療機関名									担当医師氏名		
	所見確認日	年 月 日										