

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認届出書

大鰐町長 宛

令和 年 月 日

下記により、福祉用具貸与の例外給付につき確認届出書を提出します。

被保険者番号	0 0 0 0 0 0	貸与区分	新規 ・ 継続
被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
		性別	男 ・ 女
被保険者住所	〒 _____ 電話番号 _____		
要介護度	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 申請中		
認定有効期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 年 _____ 月 _____ 日		

事業所名		担当者氏名	
事業所住所	〒 _____ 電話番号 _____		

○貸与を必要とした福祉用具及び本人の状態（該当する□にチェック）

確認を必要とする福祉用具及び該当する状態像	<input type="checkbox"/>	車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/>	日常的に歩行が困難な者
	<input type="checkbox"/>	特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/>	※日常生活範囲における移動支援が特に必要と認められる者
	<input type="checkbox"/>	床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	日常的に起き上がりが困難な者
	<input type="checkbox"/>	体位変換器	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者
	<input type="checkbox"/>	認知症老人徘徊感知器	<input type="checkbox"/>	意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動において全介助を必要としない者
	<input type="checkbox"/>	移動用リフト（つり具の部分を除く）	<input type="checkbox"/>	日常的に立ち上がりが困難な者
	<input type="checkbox"/>	自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/>	移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 ※生活環境において段差解消が必要と認められる者

※自動排泄処理装置については、尿のみの自動吸引器具であれば要介護1以下、便も吸引する器具であれば要介護3以下の場合にこの届出が必要となる。

○医師の医学的所見等（該当する□にチェック）

※利用者の状態像	<input type="checkbox"/>	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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者
	<input type="checkbox"/>	Ⅱ 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時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"/>	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悪化の重篤化の回避等医学的判断から告示で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

福祉用具を必要とする理由を確認した方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書
医療機関名	
担当医師名	
医師への確認日	令和 年 月 日

※に関する添付書類 ①医師の意見の確認書類(写) ②ケアプラン1・2表(介護予防プラン)(写)③サービス担当者会議の記録(写)

上記の居宅介護(介護予防)支援事業者が、軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関して必要な一切の手続きを行うこと、その結果等について福祉用具貸与事業者に提示すること、また届出に係る確認が必要な場合において大鰐町が私の心身の状態等必要な事項について調査することに同意します。

本人署名 _____