介護保険福祉用具貸与例外給付確認申請書

(あて先)甲州市長

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を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 住 所 |  | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 要介護状態等区分 |  | 認定有効期間 | 年　　　　月　　　日～　　　年　　　　月　　　日まで |

【例外給付について】

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉用具の種類 | □車いす及び車いす付属品　□特殊寝台及び特殊寝台付属品　□移動用リフト□認知症老人徘徊感知器　　□床ずれ防止用具及び体位変換器□自動排泄処理装置 |
| 該当する被保険者の状態像 | □ⅰ) 疾病等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「厚生労働大臣の定める者のイ」に該当する者 |
| □ⅱ) 疾病等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「厚生労働大臣の定める者のイ」に該当することが確実に見込まれる者 |
| □ⅲ) 疾病等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「厚生労働大臣の定める者のイ」で定める状態に該当すると判断できる者 |
| 被保険者の疾病名及び身体の状態例）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 |  |

【作成者】

|  |  |
| --- | --- |
| 居宅介護（介護予防）支援事業所名 | 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甲州市が調査す

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。

　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

被保険者氏名