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