年　　月　　日

大津町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認申請書

　下記の者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認をお願いいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 住　　　　所 | 〒 |
| 要介護度区分 |  |
| 給付を必要とする福祉用具 | □　車いす及び車いす付属品　　　□　床ずれ防止用具□　特殊寝台及び特殊寝台付属品　□　体位変換器□　認知症老人徘徊探知機　　　　□　移動用リフト　　　　　　　　　　　　　　　　　（つり具の部分を除く。） |

【医師の意見（医学的な所見）】

|  |  |
| --- | --- |
| □ | ①　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、頻繁に上記福祉用具が必要な状態に該当する者（※）。（例：パーキンソン病の治療薬によるＯＮ・ＯＦＦ現象） |
| □ | ②　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに上記福祉用具が必要な状態に至ることが確実に見込まれる者（※）。（例：がん末期の急速な状態悪化） |
| □ | ③　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上記福祉用具が必要な状態該当すると判断できる者（※）。（例：ぜんそく発作等の呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避） |
| 上記を確認した根拠 | □　主治医意見書　　　　□　医師の診断書□　その他医師の所見がわかる書類　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※第２３号告示第１９号のイに該当する者をいう。

【添付書類】

　・医学的な所見の確認書類（主治医意見書・医師の診断書等）

　・福祉用具貸与の例外給付を必要とする理由書

　・介護予防支援経過記録もしくはサービス担当者会議の要点

　・介護予防サービス・支援計画表もしくは居宅サービス計画書