

記載例

軽度者福祉用具貸与例外給付の申請書

申請日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

中間市保健福祉部介護保険課 宛

次の被保険者について、例外給付の対象となる福祉用具の貸与が必要となりましたので確認を依頼します。

被	被保険者番号	0	1	0	0	*	*	*	*	*	*	
	フリガナ	〇〇 〇〇				介護度	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要介護1			
者	地域包括支援センターからの委託プランの場合、委託先事業所のケアマネジャー名を記入してください	〇〇番〇〇号					<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 申請中			
	認定の有効期間	年〇〇月〇〇日		～	令和〇〇年〇〇月〇〇日							

申 請 者	申請者事業所番号	0	*	*	*	*	*	*	*	*	
	申請者名 (居宅介護支援事業所) (地域包括支援センター) (介護予防支援事業所)	〇〇〇〇ケアプランセンター									
	地域包括支援センター委託先居宅介護支援事業所名						地域包括支援センター確認サイン				
	担当ケアマネジャー氏名	〇〇〇 〇〇		担当ケアマネジャー連絡先		093-****-****					
	メールアドレス	〇〇〇〇〇 @ 〇〇〇. 〇〇. 〇〇									

貸 与 予 定 の 福 祉 用 具	貸与を行う種目に☑	年		月		日					
	例外給付申請内容	<input type="checkbox"/>	新規	<input type="checkbox"/>	継続	<input type="checkbox"/>	追加	<input type="checkbox"/>	その他 ()		
	福祉用具の種類	<input checked="" type="checkbox"/>	特殊寝台	<input checked="" type="checkbox"/>	特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/>	床ずれ防止用具				
	福祉用具貸与事業所	事業所番号	4	0	7	*	*	*	*	*	*
	事業所名	〇〇〇〇〇〇〇〇福祉用センター									

医 学 的 所 見	医療機関名	医学的所見に基づき、担当ケアマネジャーが記入してください													
	傷病名等														
	受診状況	最終受診日	年		月		日		入院中(退院予定日)	年		月		日	
	<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、「申請が行われ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、状態が急激に悪化し、短期間のうちに「申請が行われる福祉用具が必要な状態」に該当するに至る」ことが確実に認められる者													
<input checked="" 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重篤化の回避等医学的判断から「申請が行われる福祉用具が必要な状態」に該当すると判断できる者													

保険者確認欄

上記の申請による被保険者に対して、軽度者福祉用具貸与の例外給付の対象とすることについて、次のとおり確認しました。		中間市受付印
確認日	年 月 日	
例外給付の適用開始日	年 月 日 より	
例外給付の確認結果	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否	
備考		