

(様式1)

軽度者福祉用具貸与例外給付の申請書

申請日： 年 月 日

中間市長様

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。

1. 被保険者

|        |  |  |         |  |  |         |           |       |  |  |       |
|--------|--|--|---------|--|--|---------|-----------|-------|--|--|-------|
| 被保険者番号 |  |  |         |  |  |         |           |       |  |  |       |
| (フリガナ) |  |  |         |  |  |         |           |       |  |  |       |
| 被保険者氏名 |  |  |         |  |  | 生年月日    | 年 月 日( 歳) |       |  |  |       |
| 住所     |  |  |         |  |  | TEL     |           |       |  |  |       |
| 介護度    |  |  | 認定の有効期間 |  |  | 年 月 日 ~ |           | 年 月 日 |  |  | (申請中) |

2. 申請者(居宅介護(予防)支援事業所)

|                     |       |  |  |       |  |  |        |  |  |  |
|---------------------|-------|--|--|-------|--|--|--------|--|--|--|
| 事業所番号               |       |  |  |       |  |  |        |  |  |  |
| 事業所名<br>(介護予防支援委託先) | 事業所印  |  |  |       |  |  |        |  |  |  |
| 事業所所在地              |       |  |  |       |  |  |        |  |  |  |
| 連絡先                 | (TEL) |  |  | (FAX) |  |  | (担当者名) |  |  |  |

3. 貸与が必要な福祉用具

|            |  |  |       |           |  |  |  |          |  |  |  |
|------------|--|--|-------|-----------|--|--|--|----------|--|--|--|
| 福祉用具の種類    | 特殊寝台・特殊寝台付属品・床ずれ防止用具・体位変換器・認知症老人徘徊感知機器<br>移動用リフト(昇降座椅子)・自動排泄処理装置 |  |       |           |  |  |  |          |  |  |  |
| 貸与開始日(予定日) | 年 月 日 ~  |  |       | 例外給付の申請内容 |  |  |  | 新規・追加・再開 |  |  |  |
| 福祉用具貸与事業所  | 事業所番号  |  |       |           |  |  |  |          |  |  |  |
|            | 事業所名   |  | (TEL) |           |  |  |  |          |  |  |  |

4. 主治医

|       |       |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
|-------|-------|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|
| 医療機関名 | (TEL) |  |  |  |  | 医師名 |  |  |  |  |  |
|-------|-------|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|

5. 申請事由

|                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 傷病名等             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受診状況             | 受診(最終受診日: 年 月 日)・入院(退院予定日: 年 月 日)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医学的所見(該当する状態像に○) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (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       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (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     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

中間市による確認結果

|  |       |                       |   |
|--|-------|-----------------------|---|
| 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、右のとおり確認し通知いたします。 |       | <b>例外給付( 可 ・ 不可 )</b> |   |
| (備考)<br>例外給付の適用開始日   | 年 月 日 | 年 月 日                 |   |
|  |       | 中間市長                  | 印 |

(様式2)

年 月 日

中間市長 様

## 同 意 書

次の事項について、居宅介護（介護予防）支援事業所の担当者から説明を受け、同意しました。

- (1) 居宅介護（介護予防）支援事業所が、私の軽度者福祉用具貸与の例外給付の申請を行なうこと。
- (2) 確認結果通知を当該居宅介護（介護予防）支援事業所あてに送付すること。
- (3) この申請にかかる確認のために必要があるときは、私の要介護認定または要支援認定の結果や心身の状態、および疾病など必要な事項について中間市が確認を行うこと。

本人同意欄

住 所

氏 名

署名代理者

住 所

氏 名  
続 柄 ( )

(様式3)

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付申請用

年 月 日

[担当居宅介護支援事業所]

事業所名

担当者

連絡先

## 先生

時下、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、介護保険サービスの利用に際し、下記の利用者について医療情報が必要となりますので、ご提供くださいますよう宜しくお願いいたします。

※診療情報提供に関する個人情報については、「個人情報の保護に関する法律」(平成15年法律第57号)に基づき適正に管理し、診療情報提供内容については介護保険サービスの利用以外には使用いたしません。  
なお、事前に利用者(家族)へ、診療情報提供を受けるための同意を得ております。

|             |  |      |           |
|-------------|--|------|-----------|
| ふりがな<br>氏名  | 様(男・女)   | 生年月日 | 年 月 日生(才) |
| 貸与を予定する福祉用具 | 特殊寝台・特殊寝台付属品・床ずれ防止用具・体位変換器<br>認知症老人徘徊感知機器・移動用リフト(昇降座椅子)・自動排泄処理装置 |      |           |

## 軽度者福祉用具の例外給付に関する医学的所見

|                                      |
|--------------------------------------|
| 傷病名                                  |
| 1. 病状、治療経過等                          |
| 2. 上記する福祉用具が必要となる医学的所見(具体的に記載してください) |
| 年 月 日                                |
| 住 所:                                 |
| 医療機関名:                               |
| 医 師 名: 印                             |