

## 記入例

平成 年 月 日

総社市長 様

住所 総社市中央〇-〇-〇  
事業所名 〇〇地域包括支援センター  
代表者名 センター長 〇〇 〇〇 ㊟

## 軽度者への指定（介護予防）福祉用具貸与の例外給付 確認申請書

次のとおり、福祉用具の貸与が必要と判断されますので、確認をお願いします。

新規・更新 (前回確認日 H22年10月1日)	担当介護支援専門員	介護 愛子	
被保険者名	総社 太郎	被保険者番号	0000012345
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3		
貸与福祉用具の種目	<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 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置		
医師の医学的な所見に基づき判断された福祉用具貸与を必要とする状態	医師による医学的な所見（疾病名等） <b>心疾患による心不全</b>		
	疾病等により福祉用具が必要な具体的な状態 <b>発作の危険があるため、自力での起き上がりを禁止されている。</b>		
福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像	疾病その他の原因により、 <input type="checkbox"/> 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「福祉用具貸与を必要とする状態（裏面別表）」に該当する者 <input type="checkbox"/> 状態が急速に悪化し、短期間のうちに「福祉用具貸与を必要とする状態」に該当するに至ることが確実に見込まれる者 <input checked="" type="checkbox"/> 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「福祉用具貸与を必要とする状態」に該当すると判断できる者		
福祉用具貸与による達成状況や有効性	<b>ギャッジベッド及びベッドマットを利用することにより、安全に起き上がりができ、発作の危険性を軽減できる。</b>		
添付書類 (①②必須)	① 【要介護1・2・3】居宅サービス計画書(第1表, 第2表) 【要支援1・2】介護予防サービス計画書(1/3・2/3・3/3) ② サービス担当者会議の要点 ③ その他申請書の内容が確認できる書類 (医師の所見等)		

※ 該当項目の□に✓チェックを記入すること。

## 保険者確認欄

確認日	年 月 日	福祉用具を貸与することの要否	要 ・ 否
-----	-------	----------------	-------