様式第１号（第４条関係）

軽度者等に係る福祉用具貸与費例外給付確認申請書

年　　月　　日

野洲市長　　　様

|  |
| --- |
| (事業者番号　　　　　　　　　　)事業所名管理者氏名事業所電話番号(　　　　　)　　　　　―　　　　　　　計画作成担当者氏名：　　　　　　　　　　　　 |

次のとおり、福祉用具貸与費の例外給付の確認をお願いします。

該当する□にレ点を記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 被保険者 | 氏名： | 被保険者番号：　 |
| 要介護度：□要支援1　□要支援2　□要介護1　(　自動排泄処理装置 　□要介護1　□要介護2　□要介護3　) |
| 2 | 福祉用具を必要とする理由 | □ | 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3の状態像に該当する。 |
| □ | 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに3の状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる。 |
| □ | 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3の状態像に該当すると判断できる。 |
| 医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〔　　　　　　　　　　　〕 |
| 担当医師名：  | 所見確認日：　　　　　　　年　　月　　日 |
| 医学的所見の確認方法：　□主治医意見書　□診療情報提供書　□その他(　　　 　　　　　　　　) |
| 3 | 確認を必要とする福祉用具及び該当する状態 | □ | 車椅子及び車椅子付属品 | □ | 日常的に歩行が困難な者 |
| □ | 特殊寝台及び特殊寝台付属品 | □□ | 日常的に起き上がりが困難な者日常的に寝返りが困難な者 |
| □ | 床ずれ防止用具及び体位変換器 | □ | 日常的に寝返りが困難な者 |
| □ | 認知症老人徘徊感知機器 | □ | 意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ、移動において全介助を必要としない者 |
| □ | 移動用リフト(つり具の部分を除く。) | □□ | 日常的に立ち上がりが困難な者移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 |
| □ | 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引するものを除く。) | □ | 排便において全介助を必要とし、かつ、移乗において全介助を必要とする者 |
| 利用開始年月日：　　　　　年　　月　　日～ | 福祉用具貸与事業所： |
| 4 | サービス担当者会議 | 開催日：　　　　年　　　月　　　日参加者：□本人　□介護者(　　　　　　 　　) 　 □医師　　□福祉用具事業者 　□OP/PT　□その他（ 　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　） |

添付書類　①居宅(介護予防)サービス計画書（１表、２表）　②サービス担当者会議の記録　③福祉用具を必要とする理由が確認できる書類（医学的所見の確認書類）

上記の居宅介護(介護予防)支援事業所が、軽度者等に対する福祉用具貸与の例外給付に関して必要な一切の手続きを行うこと、その結果等について福祉用具貸与事業者に提示すること及びこの申請に係る確認に必要な場合は、野洲市が私の心身の状態等について調査することに同意します。

本人氏名