

様式第1号（第2条関係）

介護保険福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）例外給付申請書

年 月 日

奥尻町長 様

居宅介護(介護予防)支援事業所名											印
事業所番号											
居宅介護(介護予防)支援事業所住所											
担当介護支援専門員											
居宅介護(介護予防)支援事業所電話番号											

軽度者に対する福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）の例外給付の申請をします。

被保険者	被保険者番号					氏名						
	要介護度				認定有効期間	～						
福祉用具を必要とする理由	疾病等											
	<input type="checkbox"/>	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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する。										
	<input type="checkbox"/>	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる。										
	<input type="checkbox"/>	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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる。										
	※認定調査票に例外給付に関わるチェック				<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし（ ）							
確認を必要とする福祉用具	<input type="checkbox"/>	車椅子	<input type="checkbox"/> 自走式 <input type="checkbox"/> 介助式 <input type="checkbox"/> 電動式 <input type="checkbox"/> その他（ ）									
	<input type="checkbox"/>	車椅子付属品	<input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> その他（ ）									
	<input type="checkbox"/>	特殊寝台	<input type="checkbox"/> 1モーター <input type="checkbox"/> 2モーター <input type="checkbox"/> 3モーター <input type="checkbox"/> （ ）									
	<input type="checkbox"/>	特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> マットレス <input type="checkbox"/> サイドレール <input type="checkbox"/> 介助バー <input type="checkbox"/> その他（ ）									
	<input type="checkbox"/>	床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> エアマットレス <input type="checkbox"/> その他（ ）									
	<input type="checkbox"/>	体位変換機										
	<input type="checkbox"/>	徘徊感知機器										
	<input type="checkbox"/>	移動用リフト										
	<input type="checkbox"/>	移動用リフト										
	<input type="checkbox"/>	自動排泄処理装置										
	<input type="checkbox"/>	その他										
添付書類	<input type="checkbox"/>	居宅（介護予防）サービス計画書（見直し： 年 月 日）										
	<input type="checkbox"/>	サービス担当者会議の記録（見直し： 年 月 日）										
	<input type="checkbox"/>	福祉用具を必要とする理由が確認できる書類				<input type="checkbox"/> 主治医意見書			<input type="checkbox"/> 医師診断書			
	<input type="checkbox"/>	その他（ ）										
貸与開始日（貸与開始予定日）		年 月 日 ～										
福祉用具貸与事業所 〔介護予防福祉用具貸与事業所〕	事業所名											
	電話番号											
	事業所番号											
(備考)												