　　令和　　年　　月　　日

　南幌町長　あて

**軽度者等に対する福祉用具貸与の例外給付の確認依頼申請書**

　　次のとおり、福祉用具貸与の例外給付に関する確認について申請します。

　　この申請書記載の私の心身の状態及び疾病等必要な事項について、南幌町が調査すること及び当該

申請にかかる確認結果を以下の居宅介護（介護予防）支援事業者に通知することに同意します。

介護度の変更等に伴う事業所間の引継ぎについても同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者同意欄 | 印 |

以下は、居宅介護（介護予防）支援事業者の計画作成担当者が記入してください。

**１．被保険者情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　所 | 南幌町 | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | 要支援（　　）　要介護（　　）　認定申請中（申請日　 　　年　　月　　日） | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年　　　月　　　日　～　 　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 前回の確認年月日  （更新の場合記入） | 年　　　月　　　日　～　 　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |

**２．担当居宅介護（介護予防）支援事業者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業者名 |  | 事業所番号 |  |
| 所在地 | 〒 | | |
| 計画作成担当者氏名 |  | 電話番号 |  |

**３．例外給付について**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ | 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９５号告示第二十五号のイに該当する。 | |
| □　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに９５号告示  第二十五号のイに該当す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９５号告示第二十五号のイに該当すると判断できる。 | |
| ２ | 福祉用具の必要性を判断  するために用いた方法 | □　主治医意見書　　　　　□　医師の診断書  □　医師から所見を聴取 | |
| ３ | 確認を必要とする福祉用具 | □　特殊寝台及び特殊寝台付属品　　□　床ずれ防止用具  □　体位変換器　　　　　　　　　　□　認知症老人徘徊感知機器  □　移動用リフト　　　　　　　　　□　自動排泄処理装置 | |
| ４ | サービス担当者会議開催日 | 年　　　　月　　　 日 | |
| ５ | 福祉用具の開始年月日 | 年　　　　月　　　 日 | |
| ６ | 添付書類（各１部） | □　医師の医学的な所見を示す  書類の写し | □　サービス担当者会議等の  記録の写し |

|  |  |
| --- | --- |
| **対象外種目** | **９５号告示第二十五号のイ** |
| ア　車いす及び車いす付属品 | 次のいずれかに該当する者  　（一）日常的に歩行が困難な者  　（二）日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認めら  れる者 |
| イ　特殊寝台及び特殊寝台付属品 | 次のいずれかに該当する者  　（一）日常的に起きあがりが困難な者  　（二）日常的に寝返りが困難な者 |
| ウ　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 |
| エ　認知症老人徘徊感知機器 | 次のいずれにも該当する者  　（一）意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれか  に支障がある者  　（二）移動において全介助を必要としない者 |
| オ　移動用リフト  　　（つり具の部分を除く。） | 次のいずれかに該当する者  　（一）日常的に立ち上がりが困難な者  　（二）移乗が一部介助又は全介助を必要とする者  　（三）生活環境において段差の解消が必要と認められる者 |
| カ　自動排泄処理装置  　　（尿のみを自動的に吸引する  機能のものを除く） | 次のいずれにも該当する者  　（一）排便が全介助を必要とする者  　（二）移乗が全介助を必要とする者 |