

南幌町長 へ

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）支援事業者へ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	<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95号告示第二十五号のイに該当する。		
		<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。		
		<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	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 医師の診断書	
		<input type="checkbox"/> 医師から所見を聴取		
3	確認を必要とする福祉用具	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<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"/> 移動用リフト	<input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> 医師の医学的な所見を示す書類の写し	<input type="checkbox"/> 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 <u>歩行が困難</u> な者 (二) <u>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</u>
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 <u>起きあがり</u> が困難な者 (二) 日常的に <u>寝返り</u> が困難な者
ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に <u>寝返り</u> 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) <u>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</u> (二) <u>移動において全介助を必要としない者</u>
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 <u>立ち上がり</u> が困難な者 (二) <u>移乗が一部介助又は全介助を必要とする者</u> (三) <u>生活環境において段差の解消が必要と認められる者</u>
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 <u>いずれにも</u> 該当する者 (一) <u>排便が全介助を必要とする者</u> (二) <u>移乗が全介助を必要とする者</u>