

年 月 日

(宛先) 南アルプス市長

事業者名
管理者名

印

軽度者に係る福祉用具貸与費例外給付の確認依頼申請書

1 貸与を予定している被保険者

被保険者氏名	(年齢)	被保険者番号	
要介護度	要支援1・要支援2・要介護1・認定申請中(申請日)		
認定有効期間	年 月 日 ~	年 月 日	

2 居宅(介護予防)サービス計画作成者

居宅介護(介護予防)支援事業者名		
計 画 作 成 者 氏 名		連絡先

3 例外給付の判断について

(1) 福祉用具を必要とする理由

- i 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、頻繁に必要
- ii 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに必要性が確実に見込まれる
- iii 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性や症状の重篤化の回避等医学的判断から必要

(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及び該当する状態像

福祉用具の種類	状態像
<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者
	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難な者
	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者
<input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者
<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/> 意志の伝達、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
<input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く）	<input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者
	<input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者
	<input type="checkbox"/> 生活環境において段差の解消が必要と認められる者
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/> 排便が全介助を必要とする者
	<input type="checkbox"/> 移乗が全介助を必要とする者

(4) サービス担当者会議開催日 年 月 日

(5) 福祉用具利用開始日 年 月 日

添付書類

- (1) 居宅サービス計画書
- (2) サービス担当者会議の記録
- (3) 要介護認定の認定調査票（基本調査）の直近の結果の写し
- (4) 医学的所見の確認書類（福祉用具の必要性を判断するために用いた方法）
- (5) 福祉用具カタログの写し

下記の事項について、担当の居宅介護（介護予防）支援事業者より説明を受け、同意しました。

- (1) 居宅介護（介護予防）支援事業者が、私の福祉用具貸与の例外給付に関する確認依頼申請を行うこと。
- (2) この申請に係る確認のため必要があるときは、私の要介護度や心身の状態及び疾病等、必要な事項について南アルプス市が調査すること。

被保険者同意欄（自署）

印