

琴平町長 様

事業所 所在地
名 称

次のとおり、福祉用具貸与について、介護保険給付対象として認めるよう確認願います。

1 被保険者情報

| | | | | | | | | | | | |
|------|---------------|--------|---|---|---|-----|---|---|---|--|--|
| 氏 名 | | 被保険者番号 | | | | | | | | | |
| 住 所 | | | | | | 連絡先 | | | | | |
| 要介護度 | 要支援()・要介護() | 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

| | | | |
|---------|--|-----|--|
| 計画作成担当者 | | 連絡先 | |
|---------|--|-----|--|

3 貸与を予定している福祉用具(該当するものにレ)

| | | | |
|-----------|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| 福祉用具の種類 | <input type="checkbox"/> 車いす | <input type="checkbox"/> 車いす付属品 | <input type="checkbox"/> 特殊寝台 |
| | <input type="checkbox"/> 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 |
| 事業所名 | | 連絡先 | |
| 利用開始(予定)日 | 年 月 日 | | |

4 例外給付の判断について

■医学的所見(該当するものにレ)

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者の状態 注)右記中、「利用者等告示」とは、「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」(平成27年厚生労働省告示第94号)である。 | <input type="checkbox"/> ア 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、頻繁に利用者等告示第31号(第88号において準用する場合を含む。以下同じ。)のイに該当する者 <input type="checkbox"/> イ 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに利用者等告示第31号のイに該当することが確実に見込まれる者 <input type="checkbox"/> ウ 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利用者等告示第31号のイに該当すると判断できる者 |
| 医療機関名 | 担当医師 |

■サービス担当者会議

| | |
|-------------|-------|
| 開催日 | 年 月 日 |
| 特に必要と判断した理由 | |

5 添付書類(該当するものにレ)

| | |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医師の医学的所見を証する資料 | <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 担当の介護支援専門員が聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見 |
| 担当者会議等資料 | <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 <input type="checkbox"/> 介護予防支援に係る関連様式 |
| その他資料 | <input type="checkbox"/> 福祉用具のカタログ <input type="checkbox"/> その他() |

上記の居宅介護(介護予防)支援事業所が、私の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及びこの申請に係る確認に必要な場合は、琴平町が私の心身の状態及び疾病等必要な事項について調査することに同意します。

本人同意(署名) _____