

介護保険福祉用具貸与の例外的確認申出書

保険者番号	2 6 2 0 6 3	被保険者番号					
フリガナ			生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
被保険者名							
住所							
貸与開始日	年	月	日	要介護状態区分	要支援 1・2	要介護 1・2・3	
認定期間	年	月	日	～	年	月	日
福祉用具種目	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品		<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品				
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具・体位変換機		<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器				
医師の所見	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品						
	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品						
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具・体位変換機						
医師の所見	<input type="checkbox"/> 移動用リフト						
	<input type="checkbox"/> 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)						
	<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、頻繁に第95号告示第25号のイに該当する者 (例 パーキンソン病の治療薬によるON/OFF現象)						
医師の所見	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当することが確実に見込まれる者 (例 がん末期の急速な状態変化)						
	<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な判断から第95号告示第25号のイに該当すると判断できる者 (例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)						
	添付書類	<input type="checkbox"/> 医師の所見を記載した居宅(介護予防)サービス計画書 <input type="checkbox"/> 主治医意見書					
ケアマネジメントの結果	サービス担当者会議開催日			年	月	日	
	添付書類	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画第4表「サービス担当者会議の要点」 <input type="checkbox"/> 介護予防支援経過記録					
福祉用具が必要な理由							
(あて先) 亀岡市長 年 月 日 上記のとおり福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与が特に必要であると判断しましたので関係書類を添えて確認を申し出ます。 <div style="text-align: center;"> 所属事業所名 <input type="checkbox"/> 委託(※委託事業所のみチェック記入) 担当者 (介護支援専門員等) </div>							

※亀岡市確認欄(以下は記入しないで下さい。)

福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与の例外に該当する者であることを確認しました。 <div style="text-align: right;">亀岡市長</div>	受付日	確認日
---	-----	-----

- 注) 1. 本申出書は、更新申請や区分変更申請により軽度者に該当したとき、福祉用具の種目の追加や変更、または居宅介護(介護予防)支援事業者の変更があったときには再度作成し提出してください。
2. 本申出書は、市長に提出するとともに、その写しをサービス担当者会議の記録とともに、居宅介護(介護予防)支援事業所において保管してください。
3. 本申出書による例外的な保険給付は、原則として本申出書を受理した日の属する月から開始します。