様式第５号

年　　月　　日

米　原　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　申請者　　事業所

　担当者

連絡先

例外給付（福祉用具）確認申請書【新規・変更・更新】

　例外給付（福祉用具）の確認について、以下のとおり申請します。

１　被保険者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　 (　　歳) | | | | | | | | | | | 介護度　　□要支援　１・２  □要介護　１・２・３・４・５  (有効期間 　　年 　月 　日～　年 　月 　日) |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

２　必要な福祉用具

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉用具 | □車いす（付属品を含む）　□特殊寝台（付属品を含む）　□床ずれ防止用具  □体位変換器　　　　　　　□認知症老人徘徊感知器  □移動用リフト（つり具部分を除く）  □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） |
| 使用開始日 | 年　　月　　日 |

３　医学的な所見

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当する状態像 | □ⅰ　頻繁な状態の変化　　□ⅱ　急性憎悪　　　　□ⅲ　重篤化回避 | | | |
| 上記の確認方法 | □主治医意見書　　　□診療情報提供書　　　□医師からの所見の聴取 | | | |
| 医療機関名 |  | | 担当医師名 |  |
| 確認日 | 年　　月　　日 | | | |
| 医学的な所見の概要 | 疾患名 |  | | |
|  | | | |

４　例外給付（福祉用具）を必要とする理由

|  |
| --- |
|  |

５　確認リスト

|  |  |
| --- | --- |
| チェック | 項目 |
| □ | サービス担当者会議において、福祉用具貸与の必要性が検討されている。 |
| □ | 主治医からも、福祉用具貸与の必要性を確認できている。 |
| □ | なぜ福祉用具貸与が必要か、どのような機能が必要なのかについて整理され、申請書に記載されている。 |
| □ | 本人の自立を阻害するおそれや、能力低下のおそれがない。 |

６　添付書類

|  |  |
| --- | --- |
| 要介護認定者  □　フェイスシート  □　居宅介護サービス計画書　第１～３表  □　サービス担当者会議記録  □　医学的な所見の確認書類  （①～③のいずれか）  　　　①主治医意見書  ②診療情報提供書  ③聞き取った内容を記録した書類  （経過記録等） | 要支援認定者  □　利用者基本情報  □　介護予防サービス・支援計画書  □　サービス担当者会議記録  □　医学的な所見の確認書類  （①～③のいずれか）  　　　①主治医意見書  ②診療情報提供書  ③聞き取った内容を記録した書類  （経過記録等） |

保険者確認欄

|  |  |
| --- | --- |
| □　福祉用具の必要性を確認しました | |
|  | 必要と認める福祉用具　□　申請のとおり  　　　　　　　　　　　□　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　とする |
| □ | 福祉用具の必要性を確認できませんでした  理由： |