

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	<input type="checkbox"/> 要支援 1・2
被保険者番号			<input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5
		(有効期間	年 月 日～ 年 月 日)

2 必要な福祉用具

福祉用具	<input type="checkbox"/> 車いす（付属品を含む） <input type="checkbox"/> 特殊寝台（付属品を含む） <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器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具部分を除く） <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）
使用開始日	年 月 日

3 医学的な所見

該当する状態像	<input type="checkbox"/> i 頻繁な状態の変化 <input type="checkbox"/> ii 急性憎悪 <input type="checkbox"/> iii 重篤化回避
上記の確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	主治医からも、福祉用具貸与の必要性を確認できている。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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

<input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> 申請のとおり <input type="checkbox"/> _____とする
<input type="checkbox"/>	福祉用具の必要性を確認できませんでした 理由：