軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認申請書

年　　月　　日

米子市長　様

申請者　事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
管理者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
連 絡 先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次の被保険者に対して、医師の意見（医学的な所見）に基づく状態像と、サービス担当者会議の開催等を通じた適切なケアマネジメントによって、福祉用具が必要と判断しましたので、確認を申請します。

被保険者氏名		
住　　所	米子市 TEL	
被保険者番号		
生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日生	
要介護度	要支援１　・　要支援２　・　要介護１	
福祉用具貸与品目		
貸与開始日	年　　月　　日	
福祉用具が必要な理由 （該当箇所に〇印）	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、頻繁に第 23 号告示第 19 号のイで定める福祉用具が必要な状態に該当する
	Ⅱ	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第 23 号告示第19号のイで定める福祉用具が必要な状態になること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又は症状の重篤化の回避等医学的判断から第 23 号告示第 19 号のイで定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる
上記福祉用具を必要とする理由を確認した方法　（該当箇所に〇印）	Ⅰ	主治医意見書
	Ⅱ	医師の診断書等
	Ⅲ	担当の介護支援専門員（職員）の医師からの聞き取りによる確認
医療機関		医師名
医師への確認日	年　　月　　日	
当該福祉用具が特に必要な理由	疾病等	
	心身の状況等	
サービス担当者会議	開催日	年　　月　　日
	必要とした判断理由	

※添付書類　　・医学的な所見の確認できる書類　・サービス担当者会議の記録
・居宅サービス計画１、２（要支援１、２は支援計画書）