

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

事業所名 \_\_\_\_\_

申請者 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 (電話)	
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○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、頻繁に利用者等告示第三十一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、短期間のうちに利用者等告示第三十一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利用者等告示第三十一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○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）