

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する届出書

柏崎市長様

下記の福祉用具貸与費の算定の可否について確認願います。

提出日： 令和 年 月 日

事業所名			
事業所住所			
事業所電話番号	担当者名		

被保険者名		性別	
生年月日（年齢）	(歳)	被保険者番号	
被保険者住所			
要介護度	要支援 1	要支援 2	要介護 1
	要介護 2 (※)	要介護 3 (※)	申請中
※要介護 2、3 は自動排泄処理装置の場合のみ			
有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		

貸与種目	車いす（手動）	車いす（電動）	車いす付属品
	特殊寝台	特殊寝台付属品	床ずれ防止用具
	体位変換器	認知症老人徘徊感知機器	移動用リフト
	自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引するものを除く）		

貸与開始（継続）年月日			
貸与区分	新規	継続	

福祉用具貸与が必要な理由（簡潔に）

医師の医学的所見に基づき、例外給付の対象とすべき状態像
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「厚生労働大臣が定める者（要領表2）」に該当する者（例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象等）
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「厚生労働大臣が定める者（要領表2）」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悪化等）
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「厚生労働大臣が定める者（要領表2）」に該当すると判断できる者（例：喘息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等）

医療機関名	医師名
-------	-----

添付書類
ケアプラン
サービス担当者会議録の写し
主治医意見書または診断書の写し（聴取しケアプランまたは会議録に転記した場合は不要）