

# 軽度者に対する福祉用具貸与例外給付確認申請書

年 月 日

羽村市長 あて

居宅介護（介護予防）  
支援事業所名

計画作成担当者

次の被保険者に対して、福祉用具貸与の必要があると判断しましたので、例外給付の可否について確認を申請します。

## 1. 福祉用具貸与を必要とする被保険者（新規 継続）

氏名		被保険者番号	
住所	羽村市	認定有効期間	年 月 日 から
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1		年 月 日 まで

## 2. 必要と判断した福祉用具

福祉用具貸与品目	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <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機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く）
----------	--

## 3. 医師の医学的所見に基づき確認された状態像

医学的所見の確認日 (医師への確認日)	年 月 日
確認を行った医療機関	担当医師名
原因となる疾病等	

該当する状態像に○を付けてください。

<input type="checkbox"/>	i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に利用者等告示第31号のイに該当する者
<input type="checkbox"/>	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31号のイに該当することが確実に見込まれる者
<input type="checkbox"/>	iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性また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31号のイに該当すると判断される者

## 4. サービス担当者会議の開催状況

サービス担当者会議開催日	年 月 日	※医学的所見の確認日以降に開催されていること
--------------	-------	------------------------

- 添付書類： 医学的な所見が確認できる書類の写し ※主治医意見書の場合は提示  
 居宅サービス計画書（1表・2表）または介護予防サービス計画書（A表～C表）  
 サービス担当者会議の要点の写し（4表またはE表）  
 福祉用具貸与品のカタログの写し