第1号様式

軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付確認申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被　保　険　者　番　号 |
| 被保険者氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | 性　別 | 男　・　女 |
| 住　　所 | 長井市 |
| 要介護状態区分 | 要支援１・要支援２・要介護１・要介護２・要介護３　（該当するものに○をつけて下さい。） |
| 認定有効期間 | 令和　　年　　月　　日　　から　　令和　　年　　月　　日 |
| 申請理由（該当するものに○をつけて下さい。） | 1「要介護認定等基準時間の推計の方法」に定める調査票のうち基本調査の直近の結果（以下「基本調査の結果」という。）が別表1の定めるところに該当する者2別表1のアの②「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」及び別表1のオの③「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については、該当する基本調査の結果がないため、主治医から得た情報及び福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能な者が参加するサービス担当者会議などを通じた適切なケアマネジメントにより地域包括支援センターが該当すると判断した者3　１にかかわらず、次のⅰ）～ⅲ）に該当する者　　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のイに該当する者。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定める者のイに該当することが確実に見込まれる者。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のイに該当すること判断できる者。 |
| 対象福祉用具（いずれかにレ点をつけてください。） | □車椅子及び付属品　□特殊寝台及び付属品□床ずれ防止用具及び体位変換器□認知症老人徘徊感知機器□移動用リフト（つり具の部分を除く）□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） | 貸与（利用）開始日 | 令和 年 月 日 ～ |
| 長　井　市　長　様　上記のとおり福祉用具貸与利用確認を申請します。令和　　年　　月　　日申　請　者（事業所所在地・名称）　　　　　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護支援専門員等氏名　　　　　　　　　　　　　 |

※ 添付書類

1　「要介護認定等基準時間の推計の方法」に定める調査票のうち基本調査の直近の結果が別表1の定めるところに該当する場合

・第１号様式　確認申請書のみ

2　別表1のアの②「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」及び別表1のオの③「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については、該当する基本調査の結果がないため、主治医から得た情報及び福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能な者が参加するサービス担当者会議などを通じた適切なケアマネジメントにより指定居宅支援事業所（指定介護予防支援事業者（地域包括支援センター））が該当すると判断した場合

・第１号様式　確認申請書

・第４表サービス担当者会議の要点、又は介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

3　１にかかわらず、次のⅰ）～ⅲ）に該当する場合

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定める者のイに該当する者。

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定める者のイに該当することが確実に見込まれる者。

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定める者のイに該当すると判断できる者。

・第１号様式　確認申請書

・第２号様式　主治医意見書

・第４表サービス担当者会議の要点、又は介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）