

# 福祉用具貸与の例外給付申請書

川西市長 あて

標記のこについて、下記のとおり、例外給付の対象として認めるよう申請します。

平成 年 月 日

居宅介護(介護予防)事業所名

計画作成担当者名

印

(連絡先

)

## 記

被 保 険 者	住 所		被保険者番号	
	被保険者氏名		電話番号	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性 別	男 ・ 女
	要介護状態等区分	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1	認定有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで

①必要とする福祉用具の種類	特殊寝台 ・ 体位変換器 ・ 床ずれ防止用具 ・ 移動用リフト
②当該福祉用具の機能	
③該当する被保険者の状態像 (該当するものを○印で囲んでください。)	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52号において準用する第19号のイに該当する者 ii 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第23号告示第52号において準用する第19号のイに該当するに至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第23号告示第52号において準用する第19号のイに該当すると判断できる者
④被保険者の疾病名及び心身の状態 (例:パーキンソン病 末期がん等)	
⑤サービス担当者会議において被保険者が①の福祉用具を特に必要とする状態像であると判断した理由 以下に留意して具体的に記入してください。 ・ i に該当する場合、状態が変動する周期(日・時間帯)及び福祉用具を特に必要とする頻度を記載すること ・ iii に該当する場合、医学的判断の具体的な内容を記載すること	

添 付 書 類	医師の医学的な所見を示す資料	<input type="checkbox"/> 主治医意見書
		<input type="checkbox"/> 診断書
		<input type="checkbox"/> 介護支援専門員・保健師等が聴取した医師の所見の記録
	担当者会議等の計画に関する資料	<input type="checkbox"/> 居宅介護サービス計画書
<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画書		

該当項目にを入れてください。