

軽度者に係る福祉用具貸与費の例外給付届出書兼確認書

年 月 日

(宛先) 金沢市長

事業所名〔事業者番号〕 []

事業所所在地(〒 -)

事業所管理者名

担当者名

事業所 TEL

下記により、福祉用具貸与費の例外給付につき確認をお願いします。

該当する□にレ点を記入

1	被保険者	(氏名)	(被保険者番号)	0 0																	
		(介護度)	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3														
		(認定有効期間) ~																		
2	福祉用具を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 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「3」の状態像に該当する。 <input type="checkbox"/> 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「3」の状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる。 <input type="checkbox"/> 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「3」の状態像に該当すると判断できる。																			
		<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動において全介助を必要としない者 <input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く。) <input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置(交換可能部品を除く。) <input type="checkbox"/> 排便において全介助を必要とする者 <input type="checkbox"/> 移乗において全介助を必要とする者																			
		確認を必要とする福祉用具及び該当する状態像																			
4	2の「福祉用具を必要とする理由」を確認した方法		<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書等(主治医連絡票を含む) <input type="checkbox"/> 医師から所見を聴取																		
5	サービス担当者会議開催日		年 月 日																		
6	福祉用具貸与事業所(事業所番号)		[]																		
7	利用開始予定日		年 月 日																		
8	例外給付の新規・継続の区分		<input type="checkbox"/> 例外給付の新規利用 <input type="checkbox"/> 例外給付の継続利用																		

※書類不備、添付書類の不足等ありましたら届出者へ連絡させていただきますのでお願いいたします。

市 記 入 欄(これより下は記入不要)

確認日	年 月 日
福祉用具貸与の品目	<input type="checkbox"/> 車いす及び付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具・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() <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置
例外給付可能な期間	認定有効期間終了日 年 月 日 ~ 年 月 日
特記事項	前回の認定有効期間 <input type="checkbox"/> 新規利用 <input type="checkbox"/> 継続利用(~)