

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る確認届出書

年 月 日

笠岡市長 様

下記のとおり、福祉用具貸与が特に必要であると判断しましたので、確認願います。

新規 継続

事業所	事業所名	
	担当者名	電話

被保険者氏名		被保険者番号							
被保険者住所									
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 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3								
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
福祉用具貸与品目	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす附属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台附属品 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 (※要介護2, 3の者も例外給付の届出必要)								
予定貸与期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
医学的な所見 (i ~ iiiのいずれかにチェックが必要)	<input type="checkbox"/> i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に告示で定める状態に該当となる者								
	<input type="checkbox"/> ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうち告示で定める状態に該当とな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又は症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める状態に該当すると判断できる者								
上記の確認方法 (①~③のいずれかにチェックが必要)	<input type="checkbox"/> ①主治医意見書 <input type="checkbox"/> ②医師の診断書等 <input type="checkbox"/> ③担当の介護支援専門員が聴取した医師の所見の記録								
医療機関名		医師名							
疾病名等									
医師への確認日	年 月 日								
心身の状態等								
サービス担当者会議開催日	年 月 日								

添付書類

- ・【要介護1~3】 ①居宅サービス計画書2 (第2表) ②サービス担当者会議の要点 (第4表)
- ・【要支援1・2】 ①介護予防サービス・支援計画表1 ②介護予防サービス・支援計画表2 ③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)

< 笠岡市記載欄 >

確認の結果	確認	・	返戻	確認印
保険給付適用期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
返戻の場合の理由				
.....				

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る確認届出書

届出書の様式を統一
提出していただいた届出書は全て確認印を押印し返送

平成 年 月 日

笠岡市長 様

下記のとおり、福祉用具貸与が特に必要であると判断しましたので、確認願います。

※確認届出書の提出が必要な場合
軽度者福祉用具貸与例外給付の届出が初めての場合、
介護度に変更があった場合、介護認定を更新した場合、
追加品目がある場合、居宅介護支援事業所が変更になった場合

新規 継続

被保険者氏名					被保険者番号				
被保険者住所									
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	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3				
認定有効期間	年 月 日		～	年 月 日					
福祉用具貸与品目	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす附属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台附属品 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置（※要介護2, 3の者も例外給付の届出必要）								
予定貸与期間	年 月 日		～	年 月 日					
医学的な所見 (i～iiiのいずれかにチェックが必要)	<input type="checkbox"/> i) 状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に告示で定める状態に該当する者 <input type="checkbox"/> ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうち告示で定める状態に該当する者 <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又は症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める状態に該当すると判断できる者								
上記の確認方法 (①～③のいずれかにチェックが必要)	<input type="checkbox"/> ①主治医意見書 <input type="checkbox"/> ②医師の診断書等 <input type="checkbox"/> ③相当の介護士等専門員が聴取した医師の所見の記録								
医療機関名	追加項目: 医師へ軽度者貸与に関する必要性を確認した日を記入 (聴き取り以外の場合は、主治医意見書等の記入日)								
疾病名等									
医師への確認日	年 月 日								
心身の状態等	医師の医学的な所見を得た資料を基に、被保険者の状態を具体的に記入してください。								
サービス担当者会議開催日	年 月 日								

添付書類

- ・主治医意見書または診断書等（写し可）
- ・【要介護1～3】 ①居宅サービス計画表2（第2表） ②サービス担当者会議の要点（第4表）
- ・【要支援1・2】 ①介護予防サービス・支援計画表2 ②介護予防サービス・支援計画表2 ③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）

< 笠岡市記載欄 >

確認の結果	承認	
保険給付適用期間	平成	
返戻の場合の理由		

医師の所見を確認した書面等の添付は不要としますが、必ず医師の所見をもとに、担当者会議を行い、貸与が特に必要と判断した記録を記載した、担当者会議録を提出してください。
また、貸与が特に必要と判断した箇所にマーキングをしてください。