

## 介護保険 福祉用具貸与例外給付申請書

春日部市長あて

年 月 日

以下のとおり、福祉用具貸与例外給付の申請をします。

## ●居宅介護(介護予防)支援事業者

|      |  |       |  |
|------|--|-------|--|
| 事業所名 |  | 担当者氏名 |  |
| 住 所  |  | 電話番号  |  |

## ●対象者

|        |                    |        |         |
|--------|--------------------|--------|---------|
| 被保険者番号 |                    | 生年月日   | 年 月 日   |
| 被保険者氏名 |                    | 電話番号   |         |
| 住 所    |                    | 認定有効期間 | 年 月 日から |
| 要介護度   | 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 |        | 年 月 日まで |

## ●必要な福祉用具

|                                                            |                               |                                   |         |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---------|
| 福祉用具の種類                                                    | 厚生労働大臣が定める告示(第95号告示第25号のイ)に該当 |                                   |         |
| <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び付属品                         | <input type="checkbox"/>      | 日常的に起き上がりが困難な者                    | いずれかに該当 |
|                                                            | <input type="checkbox"/>      | 日常的に寝返りが困難な者                      |         |
| <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器                    | <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、介護者への反応、記憶、理解のいずれかに支障がある者   | いずれにも該当 |
|                                                            | <input type="checkbox"/>      | 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<br>(つり具の部分除く)<br>(昇降座椅子含む) | <input type="checkbox"/>      | 日常的に立ち上がりが困難な者                    | いずれかに該当 |
|                                                            | <input type="checkbox"/>      | 移乗が一部介助または全介助を必要とする者<br>(昇降座椅子必須) |         |
| <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置                          | <input type="checkbox"/>      | 排便が全介助を必要とする者                     | いずれにも該当 |
|                                                            | <input type="checkbox"/>      | 移乗が全介助を必要とする者                     |         |

## ●提出書類等

|           |                          |                                                                        |
|-----------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 必要書類      | <input type="checkbox"/> | 医師の医学的な所見が確認できる書類(主治医意見書、診断書、担当介護支援専門員が聴取した居宅サービス計画等に記載する医師の所見)        |
|           | <input type="checkbox"/> | 居宅サービス計画第1・2表 または、介護予防サービス・支援計画書                                       |
|           | <input type="checkbox"/> | サービス担当者会議の要点 または、介護予防支援経過記録                                            |
|           | <input type="checkbox"/> | 当該福祉用具のカatalog                                                         |
| 医師の医学的な所見 | <input type="checkbox"/> | i) 疾病その他の原因により、状態が変化しやすく、日によってまたは時間帯によって頻繁に第95号告示第25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、短期間のうちに第95号告示第25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又は症状の危篤化の回避等医学的判断から第95号告示第25号のイに該当すると判断できる者 |
| 疾病名等      |                          |                                                                        |