軽度者に係る福祉用具貸与例外給付確認申請書

常滑市長　様

次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | 申請年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 被保険者 | フリガナ |  | | | | 被保険者  番　　号 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |
| 氏　名 |  | | | |
| 個人番号 |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 | | | | 性　別 | 男　・　女 | | | | | | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護状態区分 | □要支援１　　　□要支援２　　　□要介護１ | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 医学的な所見  （ⅰ～ⅲに〇を付けてください） | | 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、頻繁に下記の状態像に該当する。 | | | | | | | | | | | | | |
| ⅱ | 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに下記の状態像に至ることが確実に見込まれる。 | | | | | | | | | | | | | |
| 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下記の状態像に該当すると判断できる。 | | | | | | | | | | | | | |
| 確認を必要とする福祉用具及び該当する状態像 | | □ | 車椅子及び同付属品 | □  □ | 日常的に歩行が困難な者  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 | | | | | | | | | | | |
| □ | 特殊寝台及び同付属品 | □  □ | 日常的に起き上がりが困難な者  日常的に寝返りが困難な者 | | | | | | | | | | | |
| □ | 床ずれ防止用具及び  体位変換器 | □ | 日常的に寝返りが困難な者 | | | | | | | | | | | |
| □ | 認知症老人徘徊感知機器 | □ | 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 | | | | | | | | | | | |
| □ | 移動用リフト  （つり具部分を除く） | □  □  □ | 日常的に立ち上がりが困難な者  移乗が一部介助又は全介助を必要とする者  生活環境において段差の解消が必要と認められる者 | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | 常滑市地域包括支援センター  担当者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所名：  担当ケアマネジャー名：　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | |

※添付書類

　□　医師の医学的所見確認書類（主治医意見書・診断書・情報提供書等）

　□　介護予防支援経過記録もしくはサービス担当者会議の要点

　□　介護予防サービス・支援計画表もしくは居宅サービス計画書

※保険者確認欄

|  |
| --- |
| 上記、福祉用具貸与の適用について  　　　年　　　月　　　日  □承認  します。  □非承認　　　　　　　　　　　　　　　　　　常　滑　市　長 |

※本書の写しを交付することで、確認結果の通知とします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課長 | チームリーダー | 担当 | 上記の通り決定し、通知してよろしいか。  　　事前確認日　　　　　　年　　月　　日  　　起案日　　　　　　　　年　　月　　日 |
|  |  |  |