

介護保険 福祉用具貸与例外給付承認申請書

明石市長 様

下記のとおり、福祉用具貸与について、保険給付の対象として認めるよう申請します。

また、この申請にかかる確認のために必要があるときは、私の心身の状態及び疾病等必要な事項について明石市が調査することに同意します。なお、当該申請にかかる決定については、下記の居宅介護（介護予防）支援事業者に通知することに同意します。

本人同意欄：

(印)

記

以下は、居宅介護（介護予防）支援事業者の計画作成担当者が記入してください。

■被保険者情報

記入日： 年 月 日

被保険者氏名		被保険者番号	
住 所	明石市	電話番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性 別	男 ・ 女
認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日	要介護度	要支援（ ）・要介護1

■居宅介護（介護予防）支援事業所情報

事業所名	連絡先		
所在地			
計画作成担当者	事業所番号		

■貸与を予定している福祉用具

福祉用具の種類	車いす・車いす付属品・特殊寝台・特殊寝台付属品・床ずれ防止用具 体位変換器・認知症老人徘徊感知機器・移動用リフト・自動排せつ処理装置		
事業所名	連絡先		
利用開始日	年 月 日	事業所番号	

■医学的所見

被保険者の状態像 (該当するものに○)	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福祉用具が必要な状態に該当する者 II 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態にな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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者		
医療機関名	連絡先		
担当医師	所見確認年月日	年 月 日	

■特に必要と判断した理由

■添付書類（該当するものにチェック）

医師の医学的な所見を示す資料	<input type="checkbox"/> 主治医意見書もしくは診断書 <input type="checkbox"/> 担当介護支援専門員が医師に聴取した所見の記録
担当者会議等の計画に関する資料	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書もしくは介護予防支援に係る関連様式

供 覧	完 結 日	・ ・	課 長	係 長	係

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福祉用具が必要な状態に該当する者

II 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態にな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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者