

軽度者に対する福祉用具貨与の例外給付の確認届出書

年 月 日

早 島 町 長 あて

次の者について、福祉用具貨与の例外給付の確認届出書を提出します。

|                          |         |   |
|--------------------------|---------|---|
| 被 保 険 者                  | 氏 名     |   |
|                          | 住 所     |   |
|                          | 電 話     |   |
|                          | 被保険者番号  |   |
|                          | 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 |
|                          | 認定有効期間  | 年 月 日 ~ 年 月 日   |
| 指定居宅介護支援事業所（指定介護予防支援事業所） | 事 業 所 名 |   |
|                          | 電 話     |   |
|                          | 担 当 者 名 |   |

|             |   |
|-------------|---|
| 福 祉 貨 与 種 目 | <input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品<br><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器<br><input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く） |
| 貨与品目名又は品番等  |   |

●医師の医学的な所見に基づく状態

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| 被保険者の状態（次のi）～iii）のいずれかにチェックが必要   | チェック欄                         |
| 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、頻繁に第23号告示第19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23号告示第19号のイに該当するに至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第23号告示第19号のイに該当すると判断できる者 | <input type="checkbox"/>      |
| 上記i）～iii）の状態の確認方法（次の①～③のいずれかにチェックが必要）                                  | チェック欄                         |
| ① 主治医意見書による確認  | <input type="checkbox"/>      |
| ② 医師の診断書等による確認   | <input type="checkbox"/>      |
| ③ 担当介護支援専門員（担当職員）が医師からの聴き取りによる確認                                       | <input type="checkbox"/>      |
| 医療機関名・医師名  | 医療機関名<br>・医師名                 |
| 医師への確認日等   | 年 月 日 ※聴き取り以外の場合は、主治医意見書等の記入日 |
| 上記①～③の資料の医学的な所見の内容   | 疾 病 等                         |
|  | 心身の状態等                        |

●サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメント

|           |             |       |   |
|-----------|-------------|-------|---|
| サービス担当者会議 | 開 催 日       | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> → 判断箇所を <u>マーキング</u> した会議録等を添付 |
|           | 出席事業所（担当者）名 |       |   |

関係者協働によるサービス担当者会議等の適切なケアマネジメントに基づき、上記のとおり福祉用具貨与が特に必要と判断しました。居宅サービス計画書等への記載等適切に整備します。

●町による確認（以下は町で記入します）

|       |       |                |
|-------|-------|----------------|
| 確 認 日 | 年 月 日 | 確 認 印<br>(提出日) |
|-------|-------|----------------|