

軽度者の福祉用具貸与費の例外給付に係る確認申請書

年 月 日

勝浦市長 様

事業所名
事業所所在地
代表者名
事業者 TEL

印

該当する□を■とする

1	被保険者	氏名		被保険者番号		
		要介護度 □要支援1 □要支援2 □要介護1				
2	福祉用具を必要とする理由	<input type="checkbox"/>	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3状態像に該当する			
		<input type="checkbox"/>	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3状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる			
		<input type="checkbox"/>	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、3状態像に該当すると判断できる			
3	確認を必要とする福祉用具種別及び該当する利用者の状態像	<input type="checkbox"/>	車いす、車いす付属品	<input type="checkbox"/>	日常的に歩行が困難な者	
		<input type="checkbox"/>	特殊寝台、特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/>	日常的に起き上がりが困難な者	
		<input type="checkbox"/>	床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者	
		<input type="checkbox"/>	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	
		<input type="checkbox"/>	移動用リフト (つり具の部分を除く)	<input type="checkbox"/>	日常的に立ち上がりが困難な者	
		<input type="checkbox"/>	移乗が一部介助又は全介助を必要とする者			
4	2において医師の所見等を取得した方法			<input type="checkbox"/>	主治医意見書 □医師の診断書等	
				<input type="checkbox"/>	医師から所見を聴取	
5	サービス担当者会議開催日			年 月 日		

年 月 日

「軽度者の福祉用具貸与費の例外給付に係る確認申請書」の内容につき、添付書類により例外給付の要件を確認した。

勝浦市長 印

確認の有効期間	
---------	--

* 継続して貸与を受ける場合、確認の終了日に到達する前に軽度者の福祉用具貸与費の例外給付に係る確認申請を行う必要があります。

確認を行った福祉用具種別	
--------------	--