

浜田地区広域行政組合 管理者 様

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付承認申請書

1 貸与を予定している被保険者

被保険者氏名		被保険者番号	
住 所	TEL () -		
要 介 護 度 【該当に☑】	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要介護1 (<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3)
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

(要介護2、 要介護3) は、自動排泄処理装置の貸与の場合に記入してください。

2 貸与を必要と判断した福祉用具

福祉用具の種類 【該当に☑】	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く。） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。）		
貸与申請期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
(介護予防) 福祉用具貸与 事業所	事業所名		事業者番号
	品目名		連絡先 TEL () -

3 医学的所見（医学的所見の確認書類に基づき、該当する状態像に☑）

<input type="checkbox"/> (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、頻繁に対象福祉用具が必要な状態に該当する者 <input type="checkbox"/> (ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに対象福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる状態の者 <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対象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	TEL () -
担当医師氏名		所見確認日	年 月 日

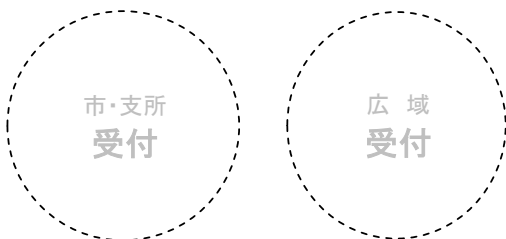
4 特に必要と判断した理由【ケアマネジメント結果】

サービス担当者会議開催日	年 月 日
--------------	-------

5 担当居宅介護（介護予防）支援事業所【確認結果通知先】

事業所名		担当介護支援専門員氏名	
住 所	〒	連絡先	TEL () -

提出書類： ①当該申請書 ②医学的な所見の確認書類（写） ③サービス担当者会議の記録（写）
④居宅（介護予防）サービス計画書（1）・（2）（写）



【注意事項】

- ※1 認定申請中の場合は認定が決定してから申請書を提出してください。
- ※2 明らかな遅滞による申請書の提出は、やむを得ない理由がある場合を除き、全額自己負担となる場合がありますのでご注意ください。
- ※3 平成18年度の例外給付規定に基づいて対象と判断された方は、あらためて当該申請の手続きをとる必要はありません。
- ※4 貸与不要となった場合は当組合へ連絡願います。

保険者確認記入欄

--