

連絡先 ()

記

該当する□に●点を記入

被保険者	ふりがな (氏名)		被保険者 番 号																
	要介護度	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3																	
	認定有効期間	年　月　日　～									年　月　日								

必要とする福祉用具	☐ 特殊寝台 ☐ 特殊寝台付属品 ☐ 床ずれ防止用具 ☐ 体位変換機 ☐ 認知症老人徘徊感知機器 ☐ 移動用リフト ☐ 自動排泄処理装置
貸与の必要性を判断した基準(対象とすべき利用者の状態像)	☐ 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 (例:パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象等) ☐ ii. 疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、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 (例:がん末期の急速な状態悪化等) ☐ 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号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者 (例:ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避等)
医学的所見の確認方法	☐ 主治医意見書 ☐ 医師の診断書 ☐ 照会文書等 ☐ 面談、電話等による聴取
添付書類	☐ 医師の医学的所見を示す書類 (i ～ iii の状態像が判断できるもの) ☐ サービス担当者会議の要点 ☐ 会議の議事録

福祉用具 開始予定日	年	月	日 から
---------------	---	---	------

上記のとおり届出のあった福祉用具貸与の例外給付について、以下のとおり確認しました。

確 認 日	年 月 日						
福祉用具 貸与の品目	☐ 特殊寝台 ☐ 特殊寝台付属品 ☐ 床ずれ防止用具 ☐ 体位変換機 ☐ 認知症老人徘徊感知機器 ☐ 移動用リフト ☐ 自動排泄処理装置						
例外給付 有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日						
特記事項						保 険 者 確 認 印	
	課長	副課長	主 幹	主 査	合 議		担 当

※届出の確認を受けた後に、更新認定を受けた場合や要介護度に変更があった場合は、再度提出してください。