|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する届出書  坂井地区広域連合長　　様  次の被保険者に対して、サービス担当者会議の開催等を通じた適切なケアマネジメントを行ったところ、（介護予防）福祉用具貸与が必要と判断しましたので、届出いたします。  申請事業所名  介護支援専門員氏名  連 絡 先 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 申請年月日 | 年　　月　　日 | |  |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭 年　　 月　 日 | |
|  | 氏 名 |  | | | | | | | | | | |
| 性 別 | 男 ・ 女 | |
|  | 住　所（電　話） | 〒  　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 介　護　度  【該当に○】 | 要支援１　　・　　要支援２　　・　　要介護１ | | | | | | | | | | | | | |
|  | 認定有効期間 | 有効期間： 　　　　 年 　　月 　　日　から　　　 　　年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 貸与開始日 | 年　　　月　　　日　から | | | | | | | | | | | | | |
|  | 福祉用具の種類  【該当に○】 | ア．車イス及び車イス付属品　　　　　イ．特殊寝台及び特殊寝台付属品  ウ．床ずれ防止用具及び体位変換器　　エ．認知症老人徘徊感知機器  オ．移動用リフト | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要  となる原因疾患 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 貸与が必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | ※以下貸与用具の種類がア・オの場合は記載不要 | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師の所見 | 医師の所見の確認書類に基づき、次のうち該当するものの番号を○印で囲んでください。  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65号において準用する第21号のイに該当する者  ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第23号告示第65号に　　　おいて準用する第21号のイに該当するに至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　　　　　から第23号告示第65号において準用する第21号のイに該当すると判断できる者 | | | | | | | | | | | | | |
|  | 医療機関名 |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | 担当医師名 |  | | | | | | | | | | 所見確認日 | | | 年　　　月　　　日 |
| <添付書類>  ①サービス担当者会議の議事録（写）  ②医師の所見の確認書類（写）（診療情報提供書等）※貸与用具の種類がア・オの場合は不要  <注意事項>  例外による福祉用具利用後は、モニタリング等により福祉用具貸与の必要性を見直してください。また、状態像の変化に  沿って必要時、再度届出書及び添付書類を提出してください。   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 広域連合 記入欄 | 受付日 | 受付者 | 福祉用具利用の可否 | 連絡日 | 連絡者 | |  |  | 可　　・　　否 |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |