

軽度者福祉用具貸与の例外給付確認申請書兼確認通知書

提出日 年 月 日

事業者	名称	計画作成担当者氏名															
	所在地	〒 () 電話 ()															
被保険者	氏名									被保険者番号							
	要介護度	申請中 要支援1 要支援2 要介護1 (要介護2 要介護3 対象品目が6の場合)															
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日															
基本調査結果確認		<input type="checkbox"/> 算定可否判断基準に該当しない(原則要チェック)															
対象品目		<input type="checkbox"/> 1特殊寝台 <input type="checkbox"/> 2特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 3床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 4体位変換器 <input type="checkbox"/> 5認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 6自動排泄処理装置															
該当する状態		1	疾病そのほかの原因により、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※告示に定める福祉用具が必要な状態に該当する者														
		2	疾病そのほかの原因により、状態が急激に悪化し、短期間のうちに※告示に定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者														
		3	疾病そのほかの原因により、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※告示に定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者														
主治医の意見	確認日	年 月 日															
	確認方法	1 主治医意見書 2 診断書等 3 介護支援専門員の主治医の意見聴取															
	担当主治医	医療機関名 氏名															
	主治医の所見 (確認方法3・意見聴取の場合記入)	(診断傷病名) (福祉用具が必要な所見) 例 _____ (状態)により _____ (福祉用具名)が必要															
サービス担当者会議開催日		年 月 日															
貸与開始予定日		年 月 日															
添付書類		<input type="checkbox"/> (確認方法1又は2に該当する場合) 主治医意見書の写し又は診断書等の写し <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の記録(第4表又はE表別表)の写し <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書又は介護予防サービス支援計画表の写し															

三鷹市確認欄

当該福祉用具について貸与を承認します。		(申請受付印)
確認番号		
保険給付期間	年 月 日 ~ 認定有効期間満了	
年 月 日 三鷹市健康福祉部介護保険課長		

◎審査後、確認が取れましたら、確認通知書を送付します。
 確認が取れた旨(確認番号)を福祉用具貸与事業者に連絡をしてください。

※老企第36号(平成12年)第2の9(2)ほか