

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付届出書兼確認書（記入例）

年 月 日

魚津市長 あて

下記の被保険者について、福祉用具貸与が必要と判断したため、平成12年3月1日老企第36号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知 第二の9(2)①ウに関して届出ます。

また、この届出に係る確認のために必要があるときには、魚津市が調査することに同意します。

介護支援専門員氏名	介護 支援	連絡先 TEL	0765-23-XXXX
居宅介護(介護予防)支援事業所名	魚津市居宅介護支援事業所		-
被保険者関係者同意署名	魚津 山太郎	本人との関係(子)	

被保険者氏名	魚津 富一	被保険者番号	999999999
生年月日	明・大 昭 9年 10月 11日	性別	男・女
住 所	魚津市釈迦堂一丁目10番1号		
要介護(支援)度	要支援 1・2 要介護 ①・2・3	認定有効期間	令和2年3月1日～令和 4年2月28日
貸与開始日	令和 2年 4月 5日	直近のサービス担当者会議日	令和 2年 3月 27日
必要となる福祉用具	<input type="checkbox"/> 車いす及び付属品 <input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台及び付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置		
例外給付と判断した理由	<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、頻繁に福祉用具が必要な状態に該当する者 <input checked="" type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに福祉用具が必要になることが確実に見込まれる者 <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福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者		
医師の所見に基づき記載下さい。			
疾病その他の原因の名称	(腎臓がん末期による急速な状態悪化)		

添付書類	医学的な所見を示す書類	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input checked="" type="checkbox"/> 医師の診断書等 <input type="checkbox"/> 計画担当者が聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見(利用者死亡など意見書等の入手が不可能の場合のみ)
	サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントの記録	要介護者 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(第1、2、4表) 要支援者 <input type="checkbox"/> 介護予防サービス・支援計画書及びサービス担当者会議の要点

※ 保険者記入欄

福祉用具貸与の品目	<input type="checkbox"/> 車いす及び付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	受付印
例外給付可能な期間	例外給付届出日の属する月の1日から現在の認定有効期間終了日まで	
特記事項	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">有効期間は提出月の1日から介護認定有効期間終了日まで！ご注意ください！</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">こちらに受付印があるものが有効となります</div>

【お願い】

- ・医師の診断書は医師名の直筆もしくは押印が必要です。
- ・添付書類の第4表及びサービス担当者会議の要点も必ず添付してください。
- ・医師の診断書の入手が遅れる場合は、それ以外の書類を先に提出してください。(届出日の属する月が利用開始日の属する月を過ぎることのないように提出してください。)