

# 介護保険福祉用具貸与例外給付申請書

伊丹市長 様

年 月 日

標記のことについて、下記のとおりにつき、例外給付の対象となるか確認を求めます。

居宅介護(介護予防)事業所名			
計画作成担当者名		電話番号	

被 保 険 者	住 所		被保険者番号	
	被保険者氏名		電話番号	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	認定有効期間	年 月 日から
	要介護状態等 区分	要支援1・要支援2 要介護1・要介護2・要介護3		年 月 日まで

## 例外給付について

※厚生労働省告示第95号(平成24年3月13日)

①必要とする福祉用具の種類	特殊寝台(付属品含む)・体位変換器・床ずれ防止用具・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(便を自動吸引するもの)
②該当する被保険者の状態像 (該当するものを○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、頻繁に告示 ※で定める福祉用具が必要な状態に該当する者
	ii 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示※で定める福祉用具が 必要な状態になることが確実に見込まれる者
	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 告示※で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
③被保険者の疾病名及び心身の状態 (例:パーキンソン病 末期がん等)	
④サービス担当者会議において被保険者が①の福祉用具を特に必要とする 状態像であると判断した理由 以下に留意して具体的に記入してください。 ・iに該当する場合、状態が変動する周期 (日・時間帯)及び福祉用具を特に必要とする 頻度を記載すること ・iiiに該当する場合、医学的判断の具体的な 内容を記載すること	①の福祉用具を <input type="checkbox"/> 必要とする <input type="checkbox"/> 必要としない
	必要とする理由

## 添付書類

該当項目にを入れてください。

医師の医学的な所見を示す資料	<input type="checkbox"/> 主治医意見書
	<input type="checkbox"/> 診断書
	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員・保健師等が聴取した医師の所見の記録
担当者会議等の計画に関する資料	<input type="checkbox"/> 居宅介護サービス計画書
	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画書

〈伊丹市記入欄〉

給付を <input type="checkbox"/> 認める <input type="checkbox"/> 認めない	課 長	主査(GL)	主 査	担 当
( )				