

年 月 日

瀬戸内市長 あて

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る[☐新規 ☐更新 ☐変更]確認届出書

※該当に☒してください。

○被保険者情報

氏名			被保険者番号	0	0	0	0								
住所															
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3 認定申請中(申請日 年 月 日) 新規・更新・区分変更														
認定有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日													

○提出事業所

事業所名			
連絡先		担当者名	

○貸与を必要とする福祉用具

福祉用具貸与品目	☐ 特殊寝台 ☐ 特殊寝台付属品 ☐ 床ずれ防止用具 ☐ 体位変換器 ☐ 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			
利用(貸与)開始予定日	年 月 日			

○医師の医学的な所見

チェック欄	チェック項目(次の i ~ iii のいずれかにチェックが必要)	
	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94号告示第31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94号告示第31号のイに該当す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94号告示第31号のイに該当すると判断できる者	
チェック欄	上記 i ~ iii の確認方法(次の①~③のいずれかにチェックが必要)	
	①主治医意見書	
	②医師の診断書	
	③担当の介護支援専門員(担当職員)の医師からの聴き取り	
医療機関名・医師名	(医師名)	
医師への確認日	年 月 日	
当該福祉用具が特に必要な理由 (医師の医学的な所見)	疾病等	
	心身の状況等	

※添付書類

要介護分: ☐ ① 居宅サービス計画書(1)(2)の各写し ☐ ② サービス担当者会議録の写し
要支援分: ☐ ① 介護予防サービス・支援計画表の各写し ☐ ② サービス担当者会議録の写し

瀬戸内市記入欄

確認日

☐ 貸与可
☐ 貸与不可