

軽度者に対する福祉用具貸与の対象外種目に係る
例 外 給 付 認 定 申 請 書

年 月 日

大和高田市市長 殿

居宅介護（介護予防）支援事業所名

担当介護支援専門員（担当者）名

下記の被保険者に係る福祉用具貸与を保険対象として認めるように申請します。

被 保 険 者 名		性別		生年月日	
被 保 険 者 番 号		住所			
要介護（要支援）度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3				
認 定 有 効 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日				

必要とする福祉用具の種目	<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(つり具の部分を除く。)	
	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置（要介護3以下は原則貸与不可、尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。）	

疾 病 名	
心 身 の 状 況	

右の該当する状態のいずれか一つに○をつけて下さい。	車いす及び付属品のみ	・日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者
	移動用リフトのみ	・生活環境において段差の解消が必要と認められる者
	全種目	・該当する状態像（第23号告知第19号のイ） 調査項目「できない」「全介助」等（別表1参照） → 該当する調査項目（ ）
		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19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19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19号のイに該当すると判断できる者	

福祉用具を必要とする理由 (医師の医学的所見及びサービス担当者会議等の内容を踏まえて)	主治医氏名 サービス担当者会議開催日 年 月 日
--	--

※ 「居宅サービス計画書①②」「サービス利用票」「サービス利用票別表」「サービス担当者会議録」を必ず添付して下さい。(必要とする福祉用具の貸与を計画に入れたもの。)ただし、該当する状態像(第23号告知第19号のイ)の調査項目が「できない」「全介助」等(別表1参照)の場合は、例外給付申請書のみの提出で結構です。

※ 車いす、移動用リフトに関してはi～iii以外の理由での申請の際には医師の医学的所見を確認できる書類の添付は必要ありませんので、申請書には医師から得た情報を必ず記載してください。

※ i～iiiの理由で申請される場合には医師の医学的所見の提出が必要です。(別表2の3種類のうちいずれか1つを添付して下さい。)