軽度者に対する福祉用具貸与理由届出書

　　年　　月　　日

二本松市長

居宅介護（介護予防）支援事業者名

代表者職氏名

介護支援専門員名

１．被保険者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　－　　　　電話　　　　－　　　　－　　　　 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 認定介護度 | □要支援１　　□要支援２　　□要介護１　　□要介護２　　□要介護３ |
| 認定有効期間 | 　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 認定調査実施日 | 　　　年　　　月　　　日 |

２．福祉用具貸与種目

|  |
| --- |
| □車いす　　□車いす付属品　　□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(つり具の部分を除く。)　　□自動排泄処理装置 |

３．例外給付の対象とする理由

|  |
| --- |
| □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（平成27年厚生省告示第94号。以下同じ。）第31号のイに該当する者□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□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 |
| 利用（貸与）期間 | 　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日（予定） |

４．原因となる疾病等

|  |  |
| --- | --- |
| 原因となる疾病名 |  |
| 現在の心身の状態（疾患・障害の内容と福祉用具貸与の関係） |  |

５．主治医の医学的な所見

|  |
| --- |
| ※別添添付可主治医名（　　　　　　　　　　　　　　）医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　） |

６．ケアマネジメント等

|  |  |
| --- | --- |
| サービス担当者会議開催日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| ケアプラン作成担当者 | 氏　　　　名（　　　　　　　　　　　　　　　）所属事業者名（　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| ※要支援者でケアプランの原案作成を委託している場合は、委託先のケアマネジャーについて記載すること。 |
| サービス担当者会議出席者 |  |
| □本人　　□家族　　□主治医　　□福祉用具相談員　　□ケアプラン作成者□サービス提供事業者　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 福祉用具相談員の意見 |  |
| 福祉用具相談員氏名（　　　　　　　　　　　　　　）指定福祉用具貸与事業者名（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 本人・家族の意向 |  |
|  |

７．ケアプラン作成担当者の意見

|  |
| --- |
| ※主治医から得た情報やサービス担当者会議等の結果を踏まえて記載してください。 |

注）①本届出書は、原則として福祉用具を利用する月の前月末日までに市に提出すること。

②本届出書に、サービス担当者会議の要点を添付すること。

③市が例外給付の対象となることを確認し、決裁印を押印した届出書の写しをサービス担当者記録とともに保管しておくこと。

④本届出書は、認定の更新又は要支援・要介護状態区分の変更があった場合には、再度作成し提出すること。

　　年　　月　　日

上記届出について、軽度者に対する福祉用具貸与例外給付の対象者として確認する。

二本松市役所高齢福祉課