

# 記入例

## 福祉用具の貸与判定申請書(福祉用具貸与例外給付申請書)

令和5年9月18日

朝来市長様

下記のとおり、福祉用具貸与について、保険給付の対象として認めるよう申請します。  
 また、この申請にかかる確認のために必要のあるときは、私の心身の状態及び疾病等必要な事項について朝来市が調査することに同意します。なお、当該申請にかかる確認については、下記の居宅介護(介護予防)支援事業所に通知することに同意します。

本人同意欄	朝来 太郎
-------	-------

※自署または記名押印をしてください。

記

以下は居宅介護(介護予防)支援事業者の計画作成担当者が記入してください。

### 1 被保険者情報

住所	朝来市和田山町東谷213番地1	被保険者番号	1234567890
氏名	朝来 太郎	電話番号	079-672-6124
生年月日	M・T <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">S</span> 17年 4月 1日	認定有効期間	令和5年4月1日～令和6年3月31日
要介護状態等区分	要支援1 要支援2 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">要介護1</span> 要介護2 要介護3 認定(変更)申請中(申請年月日: 年 月 日)		

### 2 作成者

居宅介護(介護予防)支援事業者名	朝来居宅介護支援事業所		
計画作成担当者氏名	朝来 花子	電話番号	079-6723301

### 3 例外給付について

①必要とする福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 車いす及び同付属品 <input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台及び同付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 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(つり具部分除く) <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置
②当該福祉用具の名称及び品番	新楽匠 2モーターベッドミニサイズ(KQ-82230)
③利用開始希望日(予定日) ※空白不可	令和5年 9 月 25 日
④被保険者の状態像	① 疾病その他の原因により、状態像が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に第23号告示52号において準用する第19号のイに該当する者 ii 疾病その他の原因により、状態像が急速に悪化し、短期間のうちに第23号告示第52号において準用する第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52号において準用する第19号のイに該当すると判断できる者
⑤被保険者の疾病名及び心身の状態	パーキンソン病

### 4 添付書類(該当するものにチェックしてください。)

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(予防)計画作成にかかる医師の意見紹介表(様式1及び様式3)
担当者会議の計画に関する資料	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具レンタル例外給付にかかる医学的所見照会表(様式5)
	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護サービス計画書・介護予防サービス支援計画表
	<input type="checkbox"/> 介護予防支援に係る関連様式
	<input checked="" type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点(第4表)
	<input type="checkbox"/> 介護(予防)計画作成にかかるサービススタッフ意見照会表(様式2及び様式4)

※■は必須の添付書類

### 市担当記入欄

判定日	判定結果
年 月 日	可・否

受付	課長	副課長	課員	担当	ふくし相談支援課(予防のみ)