別記様式第１号

**軽度者に対する例外給付承認申請書**

紀の川市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

下記のとおり福祉用具貸与承認を申請します

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな  氏　名 |  | | 本人との関係 | | | |  | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　🕿 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被　保　険　者 | ふりがな  氏　名 |  | | 被保険者  番号 | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 住　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　🕿 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　 　月　　日 | | | 性　別 | | | 男　・　女 | | | | | | | | | |
| 要介護度 | 要支援：１・２  要介護：１・経過的要介護 | | | 認定  有効期間 | | | 年　　　月　　　日から  　　　　　年　　　月　　　日まで | | | | | | | | | |
| **下記項目は上記被保険者の担当ケアマネジャーが記載** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具品目 | | | □ 特殊寝台　　　　　　□ 床ずれ防止用具　　　□ 認知症老人徘徊感知器  □ 特殊寝台付属品　　　□ 体位変換器 | | | | | | | | | | | | | | |
| ①上記の福祉用具  　品目の詳細 | | | 貸与申請期間 ： 　　　　年　　月　　日 ～ 　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具貸与事業所： | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 品目名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　🕿 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| ②医学的所見  （主治医による医学的所見の確認書類に基づき、該当する状態像にチェック） | | | □（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、  頻繁に利用者等告示第三十一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、短期間のうちに利用者等告示第  三十一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  的判断から利用者等告示第三十一号のイに該当すると判断できる者 | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　🕿 | | | | | | | | | | | | | | |
| 主治医名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 所見確認年月日　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| ③上記の福祉用具  　貸与が必要となる要因及び理由 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業者名  介護予防支援事業者名 | | |  | | 介護支援専  門員等氏名 | | | | | |  | | | | | | |

* 上記項目以外の特記事項や用紙に書ききれない場合は別用紙に記載して下さい。
* 居宅介護支援事業者は、主治医の所見が確認できる書類及び居宅サービス計画書（１）・（２）、サービス担当者会議の要点の写しを添付してください。
* 介護予防支援事業者は、主治医の所見が確認できる資料及び介護予防サービス・支援計画書、サービス担当者会議の内容が記載された介護予防支援経過記録を添付してください。

4紀高介発第　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　紀の川市長　　岸本　健

**軽度者に対する例外給付承認結果通知書**

申請のあった標記の件について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 氏　名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 承認内容 | □　承認する | □　承認しない |
| （承認する福祉用具品目） | |

|  |  |
| --- | --- |
| 承認期間 | 令和　　年　 月　 日から令和　 年 　月　 日まで |

〒649-6492

紀の川市西大井338番地

紀の川市役所　福祉部　高齢介護課

🕿0736-77-0980（直通）

🕿0736-77-2511（内線2109）