

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付届出書兼確認書

(宛先) 富山市長

〇〇年〇〇月〇〇日

遡りの届出は認められません。

記載例

◎居宅介護(介護予防)支援事業所記載欄

下記の被保険者について、福祉用具貸与の例外給付の届出をします。
また、この届出に係る確認のために必要があるときには、富山市が調査することに同意

委託をしている場合は、

サービス計画担当者	富山 一郎		
居宅介護(介護予防)支援事業所名	富山地域包括支援センター	委託した居宅介護支援事業所名	大沢居宅介護支援事業所
連絡先	TEL 076-431-6111		

被保険者番号	1000123456	被保険者氏名	八尾 太郎
住所	富山市本丸1番1号		
連絡先	TEL 076-443-2193	生年月日(年齢)	〇〇年〇〇月〇〇日(〇才)
要介護(支援)度	要支援1 (2) 要介護1・2・3	認定有効期間	〇〇年〇〇月〇〇日~〇〇年〇〇月〇〇日
直近の認定調査日	〇〇年〇〇月〇〇日	直近のサービス担当者会議日	〇〇年〇〇月〇〇日

必要となる福祉用具	<input type="checkbox"/> 車いす及び付属品 <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置		
例外給付と判断した理由(別紙の区分に従い、チェックをしてください)	<input checked="" type="checkbox"/> ①に該当 <input type="checkbox"/> ②に該当 <input type="checkbox"/> ③に該当		該当箇所にチェック及び記入をお願いします。添付書
かかりつけの医療機関名及び主治医名	医療機関名 (婦中総合病院) 主治医名 (大山医師)		
医学的な所見を示す書類	添付書類 <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書等 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 計画担当者が聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見		
サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントの記録	添付書類 要介護者 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(第1、2、4表) 要支援者 <input checked="" type="checkbox"/> 介護予防サービス・支援計画書及び介護予防支援経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)		

◎被保険者記載欄

この届出に係る確認のために必要があるときには、富山市が調査することに同意します。

被保険者同意欄	八尾 太郎
---------	-------

必ず記載してください。

◎保険者記載欄

上記のとおり届出のあった福祉用具貸与の例外給付について、以下のとおり確認しました。

確認日	年 月 日
福祉用具貸与の品目	<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 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置
例外給付可能な期間	例外給付届出日から現在の認定有効期間終了日まで
特記事項	

- 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付については、この届出書をお使いください。
- 届出の確認を受けた後に、更新認定を受けた場合や要介護度に変更があった場合は、再度、届出を行ってください。
- 認定期間に関わらず、少なくとも6ヶ月に1度は、サービス担当者会議の場で福祉用具貸与継続の是非を検討してください。