

介護保険 福祉用具例外給付申請書

(あて先)御前崎市長

【被保険者情報】

作成日 年 月 日

被保険者名		被保険者番号	
住 所	御前崎市	電 話 番 号	
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日	性 別	男 ・ 女
要介護状態区分	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1	認定有効期間	

【作成者情報】

居宅介護(介護予防)支援事業者名			
担当ケアマネジャー氏名		電話番号	

【例外給付について】

①必要とする福祉用具の種類	
②当該福祉用具の名称 ※カタログのコピーを添付してください	
③貸与サービス事業者名	
④該当する被保険者の状態像 (該当する記号を○で囲んでください)	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31号のイに該当する者 (例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象) 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31号のイに該当することが確実に見込まれる者 (例 がん末期の急速な状態悪化) 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31号のイに該当すると判断できる者 (例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)
⑤被保険者の疾病及び心身の状態 (例)パーキンソン病、末期がん等	
⑥サービス担当者会議において、被保険者が①の福祉用具を必要とする状態であると認めた理由 ～以下に留意して具体的に記入ください～ iiに該当する場合、状態が変動する周期(日・時間帯)及び福祉用具を必要とする頻度を具体的に記載すること iiiに該当する場合、医学的判断の具体的な内容を記載する事	

【添付書類】 (該当するものにチェックを入れてください)

医師の医学的所見を示す資料	☐ 診断書 ☐ 担当ケアマネジャーが医師に聴取した所見の記録写し()
担当者会議等の計画に関する資料	☐ 居宅サービス計画書(第1表～5表)写し ☐ 介護予防サービス・支援計画書&介護予防支援経過記録等写し