

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する申請書（新規・継続）

提出日：令和 年 月 日

福祉用具貸与について、下記の通り医師の医学的な所見に基づいた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により、（介護予防）福祉用具貸与が特に必要であると判断しましたので、申請します。

1. 申請者

|            |  |
|------------|--|
| 居宅介護支援事業所名 |  |
| ケアマネジャー等名  |  |

2. 対象者

|        |                                                                                           |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者名  |                                                                                           |
| 被保険者番号 |                                                                                           |
| 要介護度   | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 |
| 認定有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日                                                                             |

3. 貸与品目等

|                      |         |
|----------------------|---------|
| 貸与品目種別               |         |
| 貸与開始年月日              | 年 月 日 ~ |
| 福祉用具貸与事業者<br>（事業者番号） | ( )     |

4. 医師の医学的所見による判断について

|                    |                                                                                                     |                          |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 病名                 |                                                                                                     |                          |
| 該当する状態<br>(いずれかに☑) | 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、頻繁に厚生労働大臣が定める者等（平成24年3月13日厚生労働省告示第95省第二十五号のイ）に該当する者           | <input type="checkbox"/> |
|                    | II 疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、短時間のうちに厚生労働大臣が定める者等（平成24年3月13日厚生労働省告示第95省第二十五号のイ）に該当するに至ることが確実に見込まれる者      | <input type="checkbox"/> |
|                    | 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厚生労働大臣が定める者等（平成24年3月13日厚生労働省告示第95省第二十五号のイ）に該当すると判断できる者 | <input type="checkbox"/> |
| 福祉用具が必要な理由         |                                                                                                     |                          |

5. 意見を求めた担当医（主治医意見書を参照とした場合には、意見書を記載した医師）

|           |                                                                                                        |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医療機関名     |                                                                                                        |
| 担当医師名     |                                                                                                        |
| 連絡先       |                                                                                                        |
| 判断基準とした資料 | <input type="checkbox"/> 主治医意見書（写し） <input type="checkbox"/> 診断書（写し） <input type="checkbox"/> 担当医からの聴取 |

6. 添付書類

- ☐医師の医学的所見を記載した書類（判断基準とした資料）
- ☐交付済ケアプラン（第1～3表）※ライフサポートプラン、予防サービス支援計画書等（写し）
- ☐サービス担当者会議の記録（第4表）※やむを得ず照会対応した場合は照会票（写し）添付必要

【山鹿市確認】 受付日（担当者） 年 月 日（ ）  
確認日（担当者） 年 月 日（ ）／結果 要 ・ 否