

介護保険(介護予防)福祉用具貸与例外的給付申請書

フリガナ				保険者番号	別	府	市	4	4	2	0	2	0
被保険者氏名				被保険者番号									
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別	男 ・ 女							
住所	〒 電話番号												
要介護度	要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3			利用開始年月	年 月								
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日												
種目	サービス担当者会議開催日			医師の所見の確認方法				身体状況(注)					
<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品	年 月 日			<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 照会				<input type="checkbox"/> i) <input type="checkbox"/> ii) <input type="checkbox"/> iii)					
<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	年 月 日			<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 照会				<input type="checkbox"/> i) <input type="checkbox"/> ii) <input type="checkbox"/> iii)					
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器	年 月 日			<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 照会				<input type="checkbox"/> i) <input type="checkbox"/> ii) <input type="checkbox"/> iii)					
<input type="checkbox"/> 徘徊感知機	年 月 日			<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 照会				<input type="checkbox"/> i) <input type="checkbox"/> ii) <input type="checkbox"/> iii)					
<input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具除く)	年 月 日			<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 照会				<input type="checkbox"/> i) <input type="checkbox"/> ii) <input type="checkbox"/> iii)					
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	年 月 日			<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 照会				<input type="checkbox"/> i) <input type="checkbox"/> ii) <input type="checkbox"/> iii)					
居宅サービス計画作成者	事業所名					介護支援専門員名							
別府市長 様 上記のとおり関係書類を添えて介護保険(介護予防)福祉用具貸与例外的給付の申請をします。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号													

※ この申請書に、① 以下の(注)「身体状況」の i) から iii) までのいずれかに該当する旨が分かる医師の医学的な所見が確認できるもの ② サービス担当者会議の記録 ③ 居宅(介護予防)サービス計画の写しを添付してください。

(注) 「身体状況」

- 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、頻繁に第95号告示第25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、短期間のうちに頻繁に第95号告示第25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95号告示第25号のイに該当すると判断できる者

別府市記入欄

決裁日	年 月 日			備考
審査結果	給付する ・ 給付しない			
課長	係長	審査	受付	