

福祉用具貸与例外的使用申出書

			保険者番号	3	1	4	0	1	3
フリガナ 被保険者氏名	-----		被保険者番号						
			個人番号						
生年月日	大正・昭和	年	月	日	性別	男・女			
住 所	〒			電話番号					
要介護認定									
要介護認定期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日								

貸与を希望する福祉用具とその該当事由

<input type="checkbox"/> 車いす及び 車いす付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者 <input type="checkbox"/> 日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者
<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び 特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に起きあがり困難な者 <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び 体位変換器	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者
<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊 感知機器	<input type="checkbox"/> 意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者 移動において全介助を必要としない者
<input type="checkbox"/> 移動用リフト (つり具の部分を除く)	<input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 <input type="checkbox"/> 生活環境において段差の解消が必要と認められる者
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/> 排便が全介助を必要とする者 <input type="checkbox"/> 移乗が全介助を必要とする者
<input type="checkbox"/> 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23号告示第19号のイに該当する者	
<input type="checkbox"/> ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第23号告示第19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第23号告示第19号のイに該当すると判断できる者	
注 i・ii・iiiについては、医師の医学的所見・サービス担当者会議資料等を提出してください	
具体的な理由があれば記入してください	

※ 添付書類として、要支援1及び要支援2は「介護予防サービス・支援計画表」の写し、要介護1(自動排泄処理装置は要介護2及び要介護3も含む)は「居宅サービス計画」第1表～第3表の写しを提出してください。

上記のとおり福祉用具貸与の例外的使用を申し出ます。

令和 年 月 日

住所
申出者
氏名

保険者確認欄

受 付 日	審 査 日
令和 年 月 日	令和 年 月 日
審査結果	
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与を認める	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与を認めない