年　　月　　日

（様式１）

長浜市長　様

例外給付（福祉用具）確認申請書（新規・変更・更新）

※いずれかを○で囲んでください。

申請者　事業所名：

担当者名：

連絡先　：

　例外給付（福祉用具）の確認について、以下のとおり申請します。

１．本人（被保険者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 介護度 | [ ] 事業対象者・[ ] 要支援1・[ ] 要支援2・[ ] 要介護1・[ ] 要介護2・[ ] 要介護3[ ] 申請中([ ] 新規・[ ] 更新・[ ] 変更) |
| 有効期間 | ～ |

２．確認を行う例外給付（福祉用具）

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉用具 | [ ] 車いす（付属品を含む） [ ] 特殊寝台（付属品を含む） [ ] 床ずれ防止用具[ ] 体位変換器 [ ] 認知症老人徘徊探知機器[ ] 移動用リフト（つり具の部分は除く）[ ] 自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く） |
| 使用開始日 | 年 月 日 |
| 申請区分 | ケアマネジャーによる判断 | [ ]  | 車いす（付属品を含む） | 「日常生活範囲における移動支援が特に必要と認められる者」 |
| [ ]  | 移動用リフト | 「生活環境において段差解消が必要と認められる者」 |
| 市による判断 | [ ]  | 「ⅰ頻繁な状態変化」 |
| [ ]  | 「ⅱ急性憎悪」 |
| [ ]  | 「ⅲ重篤化回避」 |
| 医学的所見 | 医療機関名 |  |
| 担当医師名 |  |
| 確認資料等 | [ ] 医師意見書 [ ] 診療情報提供書 [ ] 医師からの所見の聴取[ ] その他（ ） |
| 確認日 | 　　年　　月　　日（申請者が医学的所見を確認した日付） |
| 疾患名 |  |
| 医学的所見（概要） |  |

３．例外給付（福祉用具）を必要とする状況・理由等

|  |
| --- |
|  |