　　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

|  |
| --- |
|  |