

記入例

様式 1

令和 年 月 日

軽度認定者福祉用具貸与例外給付確認申請書

桶川市長

住所 〒 _____

事業所名 _____

事業所管理者名 _____ (印)

ケアマネジャー _____

軽度認定者に係る(介護予防)福祉用具貸与について、次のとおり利用することが必要と判断しますので、例外給付を受けたく確認申請します。

利用者住所			
利用者氏名		要介護度	
福祉用具種目	特殊寝台及び特殊寝台付属品	利用開始日	令和 年 月 日
医学的所見(医学的所見の確認書類により○をつけてください)	① 変動しやすい状態 2 状態の急速な悪化 3 身体への重大な危険性等		
医師からの所見	1 主治医意見書 2 診断書 ③ 医師の所見聴取 (1つに○)		
	パーキンソン病(その他、重度の間接リウマチ)で、内服加療中に急激な症状の軽快・憎悪を起こす現象(ON・OFF現象)が頻繁に起きるため状態が変動しやすく、日によって起き上がりが困難となる。		
	特殊寝台及び特殊寝台付属品の使用が必要である。		
	医療機関名		医師名
福祉用具を特に必要とする理由(ケアマネジメント結果)			
添付書類	1 医学的な所見の確認書類(写) 2 サービス担当者会議の記録(写) 3 ケアプラン1表2表(介護予防ケアプラン(1)、(2)) (写)		