

# 軽度者の例外 福祉用具貸与申請書

令和 年 月 日

すさみ町長 様

医師の医学的所見に基づき、下記の被保険者に例外（介護予防）福祉用具貸与について、介護保険の給付対象として認めて頂きたく、以下のとおり申請します。

|                  |   |
|------------------|---|
| 居宅介護（介護予防）支援事業者名 | 印 |
| サービス計画書作成者氏名     |   |

|        |   |        |  |
|--------|---|--------|--|
| 被保険者番号 | 4 0 6 0 0   | 被保険者氏名 |  |
| 住 所    | 〒 ー<br>電話番号( ー )  |        |  |
| 介護認定区分 | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 |        |  |
| 認定有効期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日   |        |  |

【必要な福祉用具の種類及び貸与を希望する期間】必要な貸与品目の口欄に☑を記入して下さい。

|           |  |
|-----------|--|
| 福祉用具の種類   | <input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品<br><input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品<br><input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器<br><input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知器<br><input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具部分を除く）<br><input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置（要介護1、要介護2及び要介護3の者が対象） |
| 貸与を希望する期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日  |

## 添付書類

- 別添1【医師の医学的所見及び必要とされる福祉用具の種類】
- 介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の開催が記載されているもの）又はサービス担当者会議の要点（第4表）の写し
- 介護予防サービス・支援計画表又は居宅サービス計画書（第1表及び第2表）の写し  
※居宅サービス計画書の場合は計画書第2表の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に、介護予防サービス・支援計画表の場合は「主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点」に、医師の氏名と医学的所見が記載されたものを添付して下さい。

(注) 本申請書は、提出時点の福祉用具貸与に関する申請です。すさみ町より指定された貸与期間の延長を希望する場合、認定の更新又は要支援・要介護状態区分の変更、福祉用具貸与の項目変更があった場合には、再度作成し提出して下さい。