

記入例

様式第1号（第4条、第5条関係）

軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付に関する（届出・確認申請）書

該当する方を○で囲む

○年 ○月 ○日

南牧村長様

申請者情報を記載

認定調査の基本調査結果で判断できる場合は、ここにチェックし、必要な福祉用具の種目を記載

（申請者） 事業所所在地 _____
 事業所名 _____
 担当者名 _____
 電話番号（ _____ ） - _____

次のとおり軽度者に対する福祉用具貸与が必要であると判断したので（届出・確認申請）書を提出します。

フリガナ	ナンモク タロウ		被保険者番号									
被保険者氏名	南牧 太郎		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3		申請中（ _____ 年 _____ 月 _____ 日申請）									
認定有効期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日											
使用場所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者住所地 <input type="checkbox"/> 被保険者住所地以外（使用場所： _____）											
届出	<input type="checkbox"/> 「厚生労働大臣が定める者のイ」に対応する基本調査結果に該当（貸与福祉用具： _____） 福祉用具の貸与種目及び該当する状態像 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められ <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く） <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		「届出」の場合に該当箇所をチェック									
	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 日常生活的に歩行が困難な者 <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input checked="" type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難な者 <input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者 <input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <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 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ、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"/> 自動排泄処理装置 <input type="checkbox"/> 排便において全介助を必要とし、かつ、移乗において全介助を必要とする者											
確認申請	<input checked="" type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、心身の状態が変動しやすく、日又は時間帯によって、頻繁に上記の状態像に該当する者（例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象） <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、日常生活に支障をきたす状態に該当する者（例 _____） <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、日常生活に支障をきたす状態に該当する者（例 _____）		「確認申請」の場合に該当箇所をチェック 確認した医師の所見について該当箇所をチェック ※認定調査の基本調査結果で判断できる場合には、チェック不要									
医師の医学的所見	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、日常生活に支障をきたす状態に該当する者（例 _____） <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、日常生活に支障をきたす状態に該当する者（例 _____）		<input type="checkbox"/> 日常生活的に歩行が困難な者 <input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置									
福祉用具貸与事業所	〇〇株式会社											
貸与開始（予定）日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 新規利用 <input checked="" type="checkbox"/> 継続利用											

【添付書類】

- 届出書で「厚生労働大臣が定める者のイ」に対応する基本調査結果に該当する場合は、基本調査の結果の写しのみ
- 上記以外の届出書、確認申請書は以下の書類が必要です。
 - 医学的所見の確認書類の写し（主治医意見書、医師の診断書、医師からの意見聴取書 等）
 - 居宅サービス計画書又は介護予防サービス・支援計画書の写し
 - サービス担当者会議の要点の写し

※サービス担当者会議で貸与が特に必要とした判断箇所が分かるよう、添付書類の該当箇所にマーカー等で印をつけること。

※「厚生労働大臣が定める者のイ」に対応する基本調査結果に該当する場合は、医師の医学的所見のチェックは不要です。

継続して利用する場合には、開始当初の日付ではなく、継続する日を記載。