

## 軽度者における福祉用具例外給付確認書

フリガナ		被保険者番号	0000
被保険者氏名		要介護等 状態区分等	
必要とする福祉用具			
例外要件（該当する項目 1 つに「レ」印を付してください）			
<input type="checkbox"/> i) 疾病その他の原因により、状態が変化しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者 （例：パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象など）			
<input type="checkbox"/> ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者 （例：がん末期の急速な状態悪化など）			
<input type="checkbox"/> iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者 （例：喘息発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避など）			
矢巾町長 様 上記のとおり軽度者に対する福祉用具貸与の例外要件に該当するため別添関係書類を添えて提出しますので確認願います。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">                     年      月      日                       事業者名 _____                       介護支援専門員名 _____                       貸与開始予定年月日 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日                 </div>			

### 添付書類

#### ア) 要介護 1 の場合

- |  |       |
|--|-------|
| ① 居宅サービス計画書（1）                             | 第 1 表 |
| ② 居宅サービス計画書（2）                             | 第 2 表 |
| ③ サービス担当者会議の要点                             | 第 4 表 |
| ④ サービス担当者に対する照会（依頼）内容                      | 第 5 表 |
| ⑤ 医学的所見の根拠となるもの（主治医意見書・診断書、医学的所見を記載した書類など） |       |

#### イ) 要支援 1・2 の場合

- ① 介護予防サービス・支援計画書
- ② 介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含んであるもの）
- ③ 医学的所見の根拠となるもの（主治医意見書・診断書、医学的所見を記載した書類など）