年　　月　　日

日南市長　殿（長寿課介護保険係）

**福祉用具貸与に係る例外給付の確認書**

このことについて、下記のとおり例外給付が　　　　　　　　　　　　居宅介護（介護予防）計画作成担当者

必要であると判断したので確認願います。　　　　　　　　　　　事業者名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名：

記

１　被保険者情報について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 被　保　険　者　番　号 |
|  |
| 住　　　所 | 日南市 | 性別 | □男　　　　　□女 |
| 要介護度 | □要支援１　　□要支援２　　　□要介護１　　　　□要介護２　　　□要介護３　　　　　□認定申請中 |
| 認定期間 | 　　年　　月　　日　　～　　　　　　年　　月　　日（認定申請中は記入不要） |

＊要介護度の介護２・３は自動排泄処理装置のみ

２　福祉用具貸与種目について

　　　□特殊寝台及び付属品　　　　　　　　　　□床ずれ防止用具　　　　　　　　　□体位変換器

　　　□移動用リフト（つり具部分除く）　　　　□認知症老人徘徊感知機器　　　　　□車いす及び車いす付属品

□自動排泄処理装置

３　医学的な所見の確認について

|  |  |
| --- | --- |
| 医師の所見の入手方法 | 　　　　□聞き取りにより入手　　　□診断書等により入手　　　□主治医意見書により入手 |
| 医師の所見 | ※別紙にて添付する場合（診断書の写しなど）は、この欄の記入は不要

|  |  |
| --- | --- |
| 医師名 |  |
| 確認日 | 年　　月　　日 |

 |

４　身体の状態像について

|  |
| --- |
| □ⅰ）疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に第９４号告示第３１号のイに該当する者〈例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象〉□ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第９４号告示第３１号のイに該当するに至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〉□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第９４号告示第３１号のイに該当すると判断できる者〈例：ぜんそく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〉 |

（注意）〈〉内の状態は、あくまでもⅰ）～ⅲ）の状態の者に該当する可能性のあるものを例示したにすぎず、それ以外のものであってもⅰ）～ⅲ）の状態であると判断される場合もある。

５　サービス担当者会議等について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開　催　日貸与開始日 | 　　　年　　　月　　　日実施　　　年　　　月　　　日予定 | ※「サービス担当者会議の要点」・「福祉用具サービス計画書」の写しを添付してください。 |

|  |
| --- |
| 〈日南市使用欄〉　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　　日〈日南市受付印〉居宅介護（介護予防）計画作成担当者　　殿　　上記につきまして、例外給付が必要であると確認したので通知します。　なお、ケアプラン等を見直す場合には、改めて日南市への確認を行ってください。　また、認定申請中の場合で、結果が自立と判断されたときは、給付できないことを念のため申し添えます。この確認書はケアプランと併せて保管してください。 |