

令和4年4月2日

（あて先）函館市長

## 記載例

|                     |                          |
|---------------------|--------------------------|
| 居宅介護（介護予防）支援事業所名    | 居宅介護支援事業所 ××××           |
| 居宅介護（介護予防）支援事業所所在地  | 〒040-0036<br>函館市東雲町4番13号 |
| 居宅介護（介護予防）支援事業所代表者名 | 東雲 太郎                    |
| 居宅介護（介護予防）支援事業所電話番号 | (0138) 21 - 3024         |
| 担当者名                | 道南 次郎                    |

福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）の例外給付に係る確認を受けたいので、次のとおり申請します。  
なお、この申請については、対象となる被保険者より次の事項について同意を得ております。

- 居宅介護（介護予防）支援事業所が、対象となる被保険者の福祉用具貸与の例外給付の確認申請を行うこと。
- 確認結果通知を当該居宅介護（介護予防）支援事業所あてに送付すること。
- この申請にかかる確認のために必要があるときは、対象となる被保険者の要介護認定または要支援認定の結果や心身の状態および疾病など必要な事項について、函館市が調査すること。

|   |                                       |                                     |   |                                     |  |   |   |   |                                     |              |             |   |   |   |  |  |  |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|--|---|---|---|-------------------------------------|--------------|-------------|---|---|---|--|--|--|
| 1 | 被保険者                                  | 氏名                                  | 函館 花子   | 被保険者番号                              | 0  | 1 | 2 | 3 | 4                                   | 5            | 6           | 7 | 8 | 9 |  |  |  |
|   |                                       | 住所                                  | 函館市美原1丁目26番8号   |                                     |  |   |   |   | 生年月日                                | S10. 1. 1    |             |   |   |   |  |  |  |
|   |                                       | 要介護度                                | <input checked="" 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<br><input type="checkbox"/> 認定申請中（申請日 年 月 日） |                                     |  |   |   |   |                                     |              |             |   |   |   |  |  |  |
|   |                                       | 認定有効期間                              | 令和3年 12月 1日～ 令和4年 5月 31日  |                                     |  |   |   |   |                                     |              |             |   |   |   |  |  |  |
| 2 | 福祉用具を必要とする理由                          | <input checked="" type="checkbox"/> | 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する。   |                                     |  |   |   |   |                                     |              |             |   |   |   |  |  |  |
|   |                                       | <input type="checkbox"/>            | 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。  |                                     |  |   |   |   |                                     |              |             |   |   |   |  |  |  |
|   |                                       | <input type="checkbox"/>            | 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性また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。  |                                     |  |   |   |   |                                     |              |             |   |   |   |  |  |  |
| 3 | 確認を必要とする福祉用具および該当する状態像※               | <input checked="" type="checkbox"/> | 特殊寝台  | <input checked="" type="checkbox"/> | 日常的に起き上がりが困難な者                                     |   |   |   | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> | 日常的に起き上がりが困難な者                                     |   |   |   | <input checked="" 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"/>            | 日常的に寝返りが困難な者                                       |   |   |   |                                     |              |             |   |   |   |  |  |  |
|   |                                       | <input type="checkbox"/>            | 体位変換器   | <input type="checkbox"/>            | 日常的に寝返りが困難な者                                       |   |   |   |                                     |              |             |   |   |   |  |  |  |
|   |                                       | <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"/>            | 自動排泄処理装置  | <input type="checkbox"/>            | 排便および移乗において全介助を必要とする者                              |   |   |   |                                     |              |             |   |   |   |  |  |  |
| 4 | 福祉用具を必要とする理由を確認した方法・日付                | <input checked="" type="checkbox"/> | 医師から所見を聴取   | 聴取日                                 | 令和4年 3月 15日  |   |   |   |                                     |              |             |   |   |   |  |  |  |
|   |                                       | <input type="checkbox"/>            | 医師の診断書等   | 診断書作成日                              | 年 月 日  |   |   |   |                                     |              |             |   |   |   |  |  |  |
|   |                                       | <input type="checkbox"/>            | 主治医意見書  | 意見書作成日                              | 年 月 日  |   |   |   |                                     |              |             |   |   |   |  |  |  |
| 5 | サービス担当者会議開催日（上記4の聴取日・作成日以後である必要があります） |                                     |   |                                     |  |   |   |   |                                     |              | 令和4年 3月 20日 |   |   |   |  |  |  |
| 6 | 貸与開始日（貸与開始予定日）                        |                                     |   |                                     |  |   |   |   |                                     |              | 令和4年 4月 1日  |   |   |   |  |  |  |
| 7 | 福祉用具貸与事業所（介護予防福祉用具貸与事業所）              | 事業者名                                | 福祉用具貸与事業所★★★★   |                                     |  |   |   |   |                                     |              |             |   |   |   |  |  |  |
|   |                                       | 電話番号                                | (0138) 21 - 5936  |                                     |  |   |   |   |                                     |              |             |   |   |   |  |  |  |

添付書類については裏面をご覧ください。