

## 小金井市介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具貸与例外給付にかかる報告書

						区分	新規・継続						
フリガナ						保険者番号		1	3	2	1	0	0
被保険者氏名						被保険者番号							
生年月日	年	月	日生	性別		男 ・ 女							
要介護状態区分	要支援 1・2		要介護 1		認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日							
住所	〒 電話番号												
居宅介護(介護予防)支援事業者	計画作成担当者: 電話番号												
病院・医師名						医学的な判断の確認	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 支援経過記録 (医師による所見がわかるもの)						
福祉用具を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 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、頻繁に福祉用具が必要な状態に該当 <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"/> 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福祉用具が必要な状態に該当												
必要とする福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <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												
利用開始日	年 月 日から												

上記のとおり、介護保険（介護予防）福祉用具貸与例外給付について報告します。

- 添付書類      ①サービス担当者会議の要点  
 ②福祉用具を必要とする i から iii の状態であることが医学的に判断され、その内容を確認できる以下のいずれかを添付し、提出する書類の□にチェックをつけてください。  
                     ・ 主治医意見書    ・ 診断書    ・ 支援経過記録(医師による所見がわかるもの)
- 提出の時期    ①新規利用の場合は、利用開始日の5日前までに提出してください。  
 ②介護認定の更新・変更を受け継続して例外給付を受ける場合、サービス担当者会議終了後7日以内に提出してください。  
 ③上記以外で福祉用具貸与に係るサービス担当者会議を行った場合、サービス担当者会議終了後7日以内に提出してください。

### ※市役所処理欄

医学的な判断の確認書類			必要な理由			前回申請		確認年月日		受領印	
<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> ケアプラン						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 年 月 日		年 月 日			
決 裁 区 分	係	主任	係長	課長補佐	課長	ケアマネジャーへの回答					
						年 月 日	担 当				