

加古川市長 様

居宅介護（介護予防） 支援事業所名	事業所名、所在地、計画作成担当者名、電話番号を記入してください。 介護予防支援業務の委託を受けている居宅介護支援事業所の場合は受託事業所名を記入してください。
所在地	
計画作成担当者名	
電話番号	

次の事項について担当者の居宅介護（介護予防）支援事業所から説明を受け、同意しました。

- 居宅介護（介護予防）支援事業所が、私の福祉用具貸与の例外給付の申請を下記のとおり行うこと。
- 認定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、私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、加古川市が調査すること。

本人同意欄 (自署又は記名・押印)	氏名	被保険者本人の氏名を自署又は記名・押印。押印は認印でも可。
----------------------	----	-------------------------------

◆被保険者情報

被保険者氏名		被保険者番号	000
住所	加古川市	電話番号	()
生年月日	大・昭 年 月 日	介護保険者証に記載されている内容を確認のうえ、記載してください。	
要介護度 (該当に○)	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 新規 ・ 更新 ・ 区分変更 認定申請中 ⇒ (申請日： 年 月 日)	認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで

◆貸与を予定している福祉用具

必要とする福祉用具の種類 (該当に○)	ア. 特殊寝台及び特殊寝台付属品 イ. 床ずれ防止用具 ウ. 体位変換器 エ. 認知症老人徘徊感知器 オ. 移動用リフト カ. 自動排泄処理装置
利用（貸与）開始予定日	年 月 日
福祉用具貸与の種目に○を、貸与開始日を記入してください。	

◆医学的所見

被保険者の状態像 (該当するものにチェック)	<input 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。
	<input type="checkbox"/> 疾病そのものにより、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"/> 疾病そのものにより、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する。
主治医意見書、医師の診断書または医師に聴取した所見の記録より、利用者の状態像に該当するものいずれかに必ずチェックを入れてください。	
被保険者の疾病名及び心身の状態 例) パーキンソン病、末期がん等	
医療機関名	医師名
所見確認日（文書での確認の場合は主治医意見書等の記入日）	年 月 日

◆特に必要と判断した理由（ケアマネジメント結果）

サービス担当者会議開催日	年 月	状態像を確認した医療機関名、医師名、状態像を確認した日を記入してください。
福祉用具を必要と判断した理由	別添の資料	

※添付書類（該当するものにチェックしてください）

- 医師の医学的な所見を示す資料（いずれか）
 - 主治医意見書 診断書 担当介護支援専門員が医師に聴取した所見の記録
- 担当者会議等の計画に関する資料（いずれか）
 - 居宅サービス計画書（第1表～第5表） 介護予防支援に係る関連様式

受付印