受　付　印

介護保険　福祉用具貸与例外給付申請書

播磨町長　様

下記のとおり、福祉用具貸与について、保険給付の対象として認めるよう申請します。

また、この申請にかかる確認のために必要があるときは、私の心身の状態及び疾病等必要な事項について播磨町が調査することに同意します。なお、当該申請に係る決定については、下記の居宅介護（介護予防）支援事業者に通知することに同意します。

年　　月　　日

本人同意欄（自署）

記

以下は居宅介護（介護予防）支援事業者の計画作成担当者が記入してください。

１　被保険者

被保険者氏名		被保険者番号	
住　　所	播磨町	電話番号	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	要介護度	□要支援（　）□要介護（　） □認定申請中
認定有効期間	年　月　日　～　　年　月　日		

２　居宅介護（介護予防）支援事業所

事業所名		電話番号	
所 在 地			
計画作成担当者		事業所番号	

３　貸与を予定している福祉用具

福祉用具の種類	□ 特 殊 寝 台　□ 特 殊 寝 台 付 属 品　□ 床 ず れ 防 止 用 具　□ 体 位 変 換 機 □認知症老人徘徊感知機器　□移動用リフト　□自動排泄処理装置		
事業所名		電話番号	
利用開始日	年　　月　　日	事業所番号	

４　被保険者の状態

例外給付に該当する理由 （該当項目がない場合は給付できません。）	□　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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者		
	□　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		
	□　ⅲ疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は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		
医療機関名		電話番号	
担当医師氏名		所見聴取年月日	年　　月　　日
疾病名及び心身の状態			
どのような動作が困難か			

５　添付書類

医師の医学的な所見を示す資料	□主治医意見書 □診断書 □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書類	□居宅サービス計画書（第１表から第５表） □介護予防支援に係る関連様式
そ　の　他	□遅延理由書（福祉用具利用開始後に申請する場合）

記入例

受　付　印

介護保険　福祉用具貸与例外給付申請書

播

下記のとおり、福祉用具貸与について、保険給付の対象として認めるよう申請します。
また、この申請にかかる確認のために必要があるときは、私の心身の状態及び疾病等必要な事項について播磨町が調査することに同意します。なお、当該申請に係る決定については、下記の居宅介護（介護予防）支援事業者に通知することに同意します。

年　　月　　日

本人同意欄（自署）　播磨　太郎

記

以下は居宅介護（介護予防）支援事業者の計画作成担当者が記入してください。

1　被保険者

被保険者氏名	播磨　太郎	被保険者番号	○○○○○○○○○○
住　　所	播磨町　東本荘○丁目○○番○○号	電話番号	○○○ － ○○○ － ○○○
生年月日	明・(大)・昭　○年○月○日	要介護度	□要支援（　）☑要介護（1） □認定申請中
認定有効期間	令和○年○月○日～令和○年○月○日		

2　居宅介護（介護予防）支援事業所

事業所名	○○○○居宅介護支援事業所	電話番号	○○○ － ○○○ － ○○○
所 在 地	播磨町西野添○丁目○○番○○号		
計画作成担当者	計画　花子	事業所番号	２８○○○○○○○○○

3　貸与を予定している福祉用具

福祉用具の種類	☑特殊寝台　☑特殊寝台付属品　☑床ずれ防止用具　□体位変換機 □認知症老人徘徊感知機器　□移動用リフト　□自動排泄処理装置		
事業所名	○○○福祉用具貸与事業所	電話番号	○○○ － ○○○ － ○○○
利用開始日	令和○年○月○日	事業所番号	２８○○○○○○○○○

4　被保険者の状態

例外給付に該当する理由（該当項目がない場合は保険給付できません。）	□ 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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者 ☑ 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 □ ⅲ疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は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		
医療機関名	○○病院	電話番号	○○○ － ○○○ － ○○○
担当医師氏名	兵庫　一郎	所見聴取年月日	令和○年○月○日
疾病名及び心身の状態	末期がん、リウマチ		
どのような動作が困難か	末期がんで現在は何とか自立していても、急激に状態が悪化し、布団からの起き上がり、寝返りができなくなる		

5　添付書類

医師の医学的な所見を示す資料	□主治医意見書 □診断書 ☑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書類	☑居宅サービス計画書（第１表から第５表） □介護予防支援に係る関連様式
そ　の　他	□遅延理由書（福祉用具貸与開始後に申請する場合）

福祉用具貸与の例外給付に係る医学的所見について（照会）

年　　月　　日

照会先 医療機関名 医師名 電話番号 FAX 番号	照会者 事業所名 担当者名 電話番号 FAX 番号

日頃より大変お世話になっております。

さて、先生が診察されております下記の被保険者について介護保険における福祉用具の必要性を判断する為、医学的な所見が必要となりました。お忙しいところ恐縮ですが、下記の回答欄にご記入いただきますよう、ご協力をお願いします。

被保険者	フリガナ		被保険者番号	
	氏　　名		生年月日	
住　　所	播磨町			
要介護度	☐ 要支援（　） ☐ 要介護（　） ☐ 認定申請中			
対象福祉用具				
目　　的	福祉用具貸与例外給付について医師による医学的所見が必要なため			

回答欄（回答方法：☐書面　☐訪問　☐電話での聴取　　年　　月　　日）

疾病その他の原因、主な症状等		
医学的な所見 （該当項目に☑）	☐	ⅰ上記の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平成 24 年厚生労働省告示第 95 号第 25 号イ（以下「告示」という。）に該当する者
	☐	ⅱ上記の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に該当するに至ることが確実に見込まれる者
	☐	ⅲ上記の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に該当すると判断できる者
	☐	上のⅰ～ⅲのいずれにも該当しない

※告示内容については裏面を参照してください。

書面により回答をしていただく場合は署名をお願いします。

年　　月　　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（裏面）

平成２４年厚生労働省第９５号告示第２５号イ

対象外種目	状態像
（１）車いす及び同付属品	次のいずれかに該当する者
	(一)日常的に歩行が困難な者
	(二)日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者
（２）特殊寝台及び同付属品	次のいずれかに該当する者
	(一)日常的に起き上がりが困難な者
	(二)日常的に寝返りが困難な者
（３）床ずれ防止用具	日常的に寝返りが困難な者
（４）認知症老人徘徊感知機器	次のいずれかに該当する者
	(一)意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者
	(二)移動において全介助を必要としない者
（５）移動用リフト（つり具の部分を除く）	次のいずれかに該当する者
	(一)日常的に立ち上がりが困難な者
	(二)移乗が一部介助、又は全介助を必要とする者
	(三)生活環境において段差の解消が必要と認められる者
（６）自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く）	次のいずれかに該当する者
	(一)排便において全介助を必要とする者
	(二)移乗において全介助を必要とする者

注　（１）については、判断材料として活用できる認定調査項目がないため、主治医から得た情報及びサービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメントにより、ケアマネージャーが貸与の可否を判断してください。

遅延理由書（福祉用具貸与の例外給付申請書）

フリガナ		被保険者番号
被保険者氏名		
住　　所	播磨町	
申請が遅れた理由		
サービス利用開始年月日	年　　月　　日	

播磨町長　様

上記の理由により、申請が遅れましたが、福祉用具貸与による介護保険例外給付承認後の被保険者の一時的な負担増を軽減するため、保険給付適用開始年月日を遡及してください。

なお、さかのぼって承認された場合、被保険者の利用者負担額及びサービス事業所の現物給付における請求方法について十分説明を行い、両者間の調整を図ります。

年　　月　　日

居宅介護（介護予防）支援事業所

所在地

電話

事業所名

計画作成担当者

保険給付適用開始年月日については申請書受理日の前月１日までしか遡及できません。