

福祉用具例外給付確認書

フリガナ											被保険者番号										
被保険者氏名																					
例外要件（該当する項目の□にレを記入してください）																					
<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者 （例：パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象など）																					
<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、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 （例：がん末期の急速な状態悪化など）																					
<input type="checkbox"/> 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で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断される者 （例：喘息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など）																					
必要となる福祉用具の種目																					
盛岡市長 様 上記のとおり軽度者に対する福祉用具貸与の例外に該当するため別添関係書類を添えて提出します。 年 月 日 居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者 事業者番号..... 事業者名..... ケアプラン作成担当者氏名..... 電話番号 ()																					

盛岡市確認欄

<input type="checkbox"/> 軽度者に対する福祉用具貸与の例外に該当することを確認しました。 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与の例外に該当しません。																			
確認した福祉用具の種目																			
有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日																			
年 月 日																			
盛岡市長															印				

※有効期間後も継続して軽度者の福祉用具貸与を受ける場合は再度申請を行ってください。

※有効期間内に区分変更申請を行い、継続して軽度者の福祉用具貸与を受ける場合も再度申請を行ってください。