R7.4.1 改訂版

介護保険　福祉用具例外給付申請書

（宛先）　奈良市長

下記のとおり、福祉用具の例外給付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のあるときは、私の心身の状態及び疾病等必要な事項について奈良市が調査することに同意します。

本人同意欄（自署または記名・押印）	氏名

*****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。**********

◆被保険者情報

被保険者番号	0 0 0	要介護度	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ※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。）は要介護2・3を含む。
フリガナ			
被保険者氏名		生年月日	明・大・昭　年　月　日
		性別	男　・　女
認定有効期間	年　月　日 から		年　月　日 まで

◆作成者

居宅介護支援事業者　又は 介護予防支援事業者		担当	
事業所の所在地	〒　－ 電話　（　）		
※委託包括名（委託の場合のみ）			

◆例外給付について　　該当する□欄にチェックしてください。

必要とする福祉用具の種類	□	特殊寝台	□	体位変換器
	□	特殊寝台付属品（サイドレール・マットレス・ベッド用手すり） ↑該当品目に○をしてください ※特殊寝台でない場合、付属品のみの貸与は不可	□	床ずれ防止用具
			□	認知症高齢者徘徊感知機器
	□	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。）	□	移動用リフト（段差解消機を除く。）
疾病名及び心身の状況　例）パーキンソン病、末期ガン等				
福祉用具を必要とする理由	□	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		
	□	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		
	□	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		
福祉用具を必要とする具体的状況	必要とする福祉用具の種類ごとに状態像(※)を確認し、記載　(※)厚生労働省第23号告示第19号のイ参照			
必要とする理由を確認した方法	□	介護保険主治医意見書	□	医師からの診断書等
			□	医師から所見を聴取

開始予定日（開始日）	年　月　日	終了予定日	年　月　日

提出書類：　①申請書　②医師の所見　③居宅（介護予防）サービス計画書1～3表　④サービス担当者会議録

奈良市確認欄

市確認欄	添付書類	□	医師の所見	□	サービス計画書	□	サービス担当者会議録
	備考						