

【参考様式1】

年 月 日

沖縄県介護保険広域連合長 殿

郵便番号：
事業所所在地：
事業所名：
事業所番号：
担当者名/連絡先：

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る届出書

次の被保険者に対して、医師の意見（医学的な所見）に基づき状態像が判断され、かつサービス担当者会議の開催等を通じた適切なケアマネジメントを行ったところ、下記の福祉用具が必要と判断しましたので届出ます。

1. 貸与を予定している被保険者

被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日		住所	
要介護度			
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

2. 貸与が必要な福祉用具

福祉用具の種目	<input type="checkbox"/> 特殊寝台（ <input type="checkbox"/> 1M、 <input type="checkbox"/> 2M、 <input type="checkbox"/> 3M） <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品（ <input type="checkbox"/> サイドレール <input type="checkbox"/> 介助バー <input type="checkbox"/> マットレス <input type="checkbox"/> その他（ ）） <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置（要支援～要介護3まで） ※車いす及び車いす付属品、移動用リフトについては届出不要。
貸与開始日	年 月 日 から 年 月 日 まで

3. 医学的所見について（主治医への依頼日又は所見確認日：_____年_____月_____日）

医療機関・主治医名	
主治医意見確認方法	<input type="checkbox"/> 医師による記載 <input type="checkbox"/> 医師から所見を聴取 <input type="checkbox"/> 医師への照会文書等
状態像（該当する状態像に☑）	<input type="checkbox"/> i) 疾病などにより、状態が変動しやすく、日・時間帯によって頻繁に必要となる <input type="checkbox"/> ii) 疾病などにより、状態が急速に悪化し、短期間のうちに必要性が確実に見込まれる <input type="checkbox"/> iii) 疾病などにより、身体への重大な危険性や症状の重篤化の回避等、医学的判断から必要となる
【別表を参照し、上記 i～iii に該当する疾患・状態像について具体的に記載してください】	

4. 添付書類として、下記の(ア)・(イ)いずれかの書類の写しを提出します。

(ア) 居宅サービス計画書の第1表～第3表、サービス担当者会議の要点

(イ) 介護予防サービス・支援計画書及び担当者会議録（または介護予防支援経過記録）