別紙様式

奥州市軽度者に対する指定福祉用具貸与の例外該当に関する確認書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）  被保険者氏名 |  | 被保険者番号 | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護状態区分等 | 要支援１　　・　　要支援２　　・　　要介護１  要介護２・要介護３（自動排泄処理装置の場合） | | | | | | | | | | |
| 例外を適用しようと  するサービス利用開始月 | 令和　　年　　月 | | | | | | | | | | |
| 例外要件  （該当するものをチェックする。） | □　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）  □　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（例　がん末期の急速な状態悪化）  □　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できる者（例　ぜんそく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） | | | | | | | | | | |
| 奥州市長　宛  上記のとおり軽度者対する福祉用具貸与の例外に該当していることを確認されたく、関係書類を添えて提出します。  令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　事業者  　　　　　　　　　　　　　（事業者番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　サービス計画作成者氏名  　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | |

奥州市確認欄

|  |
| --- |
| □　例外要件に該当します。  □　例外要件に該当しません。  　（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　奥州市長 |