

北上市長 様

事業所所在地 北上市芳町 1 番 1 号  
 事業所名 居宅介護支援きたかみ  
 代表者名 北上 太郎  
 電話番号 0197-64-2111

下記のとおり、福祉用具貸与について、例外給付につき確認をお願いします。

被保険者住所	北上市上江釣子17地割201番地2																				
被保険者氏名	江釣子 次郎																				
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	個人番号	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 1 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援 2 <input type="checkbox"/> 要介護 1																				
認定有効期間	平成 31 年 4 月 1 日 ~ 平成 令和 3 年 3 月 31 日																				

必要とする福祉用具の種類 (複数利用も可)	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置
該当する被保険者の状態像	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、頻繁に利用者等告示第31号のイに該当する者 <input checked="" type="checkbox"/> ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第31号のイに該当することが確実に見込まれる者 <input type="checkbox"/> 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利用者等告示第31号のイに該当すると判断できる者 <input type="checkbox"/>
被保険者の疾病名及び心身の状態 (具体的に記載)	パーキンソン病で内服加療中。「ON・OFF現象」により、日によって状態の変動が著しく、状態の悪いときは臥位からの起き上がりが困難となる。本人は、在宅で、できるだけ自分の力で起き上がり、身の回りのことを行っていきたいと考えている。
サービス担当者会議において福祉用具を必要とする状態であると認めた理由	状態の悪いときは起き上がりが困難だが、自力での起き上がりができれば、本人の意欲向上、自立支援につながる効果が期待できるため、特殊寝台が必要であると判断した。

## ※添付書類

(1) 医師の医学的な所見を示す資料	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	<b>添付忘れはないか確認</b>
	<input type="checkbox"/> 医師の診断書	
(2) サービス担当者会議等にかかる資料	<input checked="" type="checkbox"/> 担当介護支援専門員が医師から聴取した所見の記録	
	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 1・2・4 表	
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護予防サービス支援計画書及び介護予防支援経過記録 (サービス担当者会議の要点)	

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北上市が調査することに同意します。なお、当該申請にかかる確認について、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。

本人同意欄 氏名 江釣子 次郎