

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する確認依頼書

栄町長 様

次の被保険者に対して、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、(介護予防)福祉用具貸与が必要と判断しましたので、確認を依頼いたします。

申請事業所名 _____

介護支援専門員氏名 _____ 印

連絡先 _____

被保険者番号		申請年月日	年 月 日
フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
氏 名		性 別	男 ・ 女
住所 (電話)	〒 _____ 電話番号		
介護度 【該当に○】	要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1		
認定有効期間	有効期間： 年 月 日 から 年 月 日		
貸与開始日	年 月 日 から		
福祉用具の種類 【該当に○】	ア. 車イス及び車イス付属品 ウ. 床ずれ防止用具及び体位交換器 オ. 移動用リフト	イ. 特殊寝台及び特殊寝台付属品 エ. 認知症老人徘徊感知機器 カ. 自動排泄処理装置	
福祉用具が必要となる原因疾病			
貸与が必要な理由			

医師の所見	医師の所見の確認書類に基づき、次のうち該当するものの番号を○で囲んでください。 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 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 号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者 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		
医療機関名			
担当医師名	所見確認日	年 月 日	

<提出書類>

* 要支援 1・2 の場合

- ① 介護予防サービス・支援計画書 ② 介護予防支援経過記録 (サービス担当者会議の要点を含む)
③ 医学的所見の根拠となる書面等 ④ 福祉用具サービス計画書

* 要介護 1 の場合

- ① 居宅サービス計画書 (1) (2) ② サービス担当者会議の要点 ③ 医学的所見の根拠となる書面等
④ 介護支援経過書 ⑤ 福祉用具サービス計画書