

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認依頼書

年 月 日

香取市長 様

依 頼 者	事業所所在地	
	事業所名	
	計画作成者氏名	
	電話番号	

次の被保険者に対し、医師の医学的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します。

1 福祉用具の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	
被保険者住所			
要介護度			
要介護認定有効期間	年 月 日 から	年 月 日	まで
貸与開始(予定)日	年 月 日	市に事前連絡した 場合の連絡日	年 月 日
貸与を必要とする福祉用具	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input 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		
福祉用具貸与事業所名			

2 医師の医学的所見による判断について

医療機関名			
担当医師名			
確認年月日	年 月 日	回答年月日	年 月 日
状態像	<input type="checkbox"/> 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な状態に該当する者 <input 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 <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福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者		
福祉用具が必要な具体的な理由			

- 【添付書類】 ①医師の医学的所見が確認できる書類
 ②サービス担当者会議の要点の写し（第4表）
 ③居宅サービス計画書の写し（第1表～第3表）
 ※暫定利用がある場合は、暫定プランの②・③の写しも必要です。