

当別町福祉部介護課長 様

事業所名	
管理者名	

**軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認について(確認依頼申請書)**

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、(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.貸与を予定している被保険者名**

被保険者氏名		被保険者番号	
住 所	当別町		
要介護度 (該当に○)	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・認定申請中 (申請日 年 月 日)		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

**2.貸与を必要と判断した福祉用具**

福祉用具の種類(該当に○)	ア、車いす イ、車いす付属品 ウ、特殊寝台 エ、特殊寝台付属品 オ、床ずれ防止用具 カ、体位交換機 キ、認知症老人徘徊感知器 ク、移動用リフト ケ、自動排泄処理装置			
利用(貸与)開始日	年 月 日 ~			
(介護予防)福祉用具貸与 事業所	事業所名			
	事業所番号	連絡先	TEL	- -
届け出遅延理由(該当ない場合は記載不要)				

**3.医学的所見(医学的所見の確認書類に基づき、該当する状態像にチェック)**

(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、頻繁に告示第19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、短時間のうちに頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態像にな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

上記の i ~ iii の状態の確認方法(次の①~③のいずれかにチェックが必要)

① 主治医意見書による確認

② 医師の診断書等による確認

③ 医師からの聞き取りによる確認

医療機関名		連絡先	TEL	- -
担当医師名		所見確認日	年 月 日	

**4.特に必要と判断した理由(ケアマネジメント結果)**

サービス担当者会議開催日 年 月 日

**5.担当居宅介護(介護予防)支援事業所 [確認結果通知先]**

事業所名	
住 所	
連絡先	TEL -

受領印欄※

※提出書類

- ①確認依頼申請書(本用紙) ②医師の照会結果(必要時、医師の診断書等の写しもしくは、医師の医学的な所見に基づく状態について)  
③サービス担当者会議の記録第5表(写し) ④居宅サービス計画書第1表、2表もしくは介護予防サービス・支援計画書(写し)

記載欄

確認番号	
結果	確認 ・ 返戻