令和 年 月 日

三郷市いきいき健康部介護保険課長 宛

事業所名

担当ケアマネジャー

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

下記の被保険者について、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の結果、（介護予防）福祉用具貸与が特に必要と判断したことから確認を依頼するものです。

記

1. 福祉用具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  |   |
| 住 所  |   |
|  要 介 護 度 ( 該当に○ )  | 要支援１ 　　　要支援２ 　　 要介護１認定申請中 （申請日 令和　 年 　月　 日） |
| 認定有効期間  | 年 月 日 　～ 年 月 日 |

1. 福祉用具貸与を必要と判断した福祉用具

|  |  |
| --- | --- |
| 対 象 品 目 （該当に○）   | ア.車いす及び車いす付属品　　　　イ.特殊寝台及び特殊寝台付属品 ウ.床ずれ防止用具及び体位変換器　エ.認知症老人徘徊感知器 オ.移動用リフト |
| 利用開始日  |  　　　 年 月 日　 ～  |

1. 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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者

□ （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

□ （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見地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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医師からの所見  | 確認日  | 年 月 日  | 確認者  |   |
| 確認方法  |   |
| 医師名  |   |
| 診断名  |   |
| 状況等（チェックを入れた該当区分についての具体的状況）  |   |
|   |

1. 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

添付書類： ① 医学的な所見の確認書類 ② サービス担当者会議の記録 ③ ケアプラン