

矢掛町福祉介護課介護保険係 御中

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る確認について(申請)

次の被保険者に対して、主治の医師の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等の情報

提出事業所	居宅介護支援事業所名	
	連絡先	TEL : ( ) -
	介護支援専門員氏名	
利用者	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 ・ 要介護2 ・ 要介護3
	認定有効期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 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. 車椅子 イ. 車椅子付属品 ウ. 特殊寝台 エ. 特殊寝台付属品 オ. 床ずれ防止用具 カ. 体位変換器 キ. 認知症老人徘徊感知機器 ク. 移動用リフト(つり具の部分を除く) ケ. 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く)		
利用(貸与)開始日	令和 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 : ( ) -

3. 医師の医学的所見(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)

チェック欄	チェック項目【次の i) ~ iii) のいずれかにチェック】		
<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、頻繁に利用者等告示第三十一号のイに該当する者		
<input type="checkbox"/>	ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第三十一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三十一号のイに該当すると判断できる者		
チェック欄	上記 i) ~ iii) の確認方法 (次の ① ~ ③ のいずれかにチェック)		
<input type="checkbox"/>	① 主治医意見書		
<input type="checkbox"/>	② 医師の診断書		
<input type="checkbox"/>	③ 介護支援専門員が聴取した居宅介護(介護予防)サービス計画に記載する医師の所見		
医療機関名	連絡先	TEL : ( ) -	
担当医師名	医師への確認日	令和 年 月 日 ( )	
当該福祉用具が特に必要な理由(医師の医学的所見) 【上記 ①~③の 確認書類から転記】	疾病等		
	医学的所見 (心身の 状況等)		

4. サービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメント

サービス 担当者会議	開催日	令和 年 月 日 ( )
	福祉用具貸与に係る内容等の概要	

※ 添付書類

- ① 医学的な所見の確認書類・・・(例)主治医意見書又は医師の診断書の写
- ② サービス担当者会議の要点(4表)の写 (医師が参加していない場合は、医師に対する照会の記録の写の添付。電話、面談等による意見聴取の場合は、照会の内容等が4表に記載されていること。)
- ③ ケアプラン1表(介護予防ケアプラン I, II)の写