

平成 年 月 日

湯浅町健康福祉課長 様

事業所名 \_\_\_\_\_

担当者 \_\_\_\_\_ ㊞

## 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認依頼申請書

次の被保険者に対して、医師の意見(医学的所見)に基づき下記 i)～iii)の状態像に該当することが判断され、かつサービス担当者会議の開催を経た適切な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。

被 保 険 者	被保険者氏名											
	要介護状態区分	要支援1	・	要支援2	・	要介護1	・	認定申請中				
	認定有効期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日		

居宅介護(予防介護)支援事業者名			
計画作成者氏名		連絡先	

目 調 査 認 項	該当に○	状態像	
		要介護認定データ(調査項目)では判断できない、移動支援が特に認められる者及び段差の解消が必要と認められる者	
医 学 的 所 見		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、頻繁に第23号告示(六十五号)第21号のイに該当する者 (例:パーキンソン病の治療薬によるON・OF現象)	
		ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第23号告示(六十五号)第21号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者 (例:がん末期の急速な状態悪化)	
		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第23号告示(六十五号)第21号のイに該当する者 (例:ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)	
		注) 括弧内の状態はあくまでも i)～iii)の状態の者に該当する可能性のあるものを例示したにすぎない。また、逆に括弧内の状態以外の者であっても、i)～iii)の状態であると判断される場合もある。	
	医療機関名		担当医師名
	病名		所見確認日 平成 年 月 日
	医学的所見の確認方法	主治医意見書 ・ 医師の診断書 ・ 医師からの所見を聴取※	

※聴取とは ①医師に電話等で直接確認 ②看護師又は病院等事務職員をどうして確認

貸与が必要と判断した福祉用具	種類	<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"/> 移動用リフト(つり具の部分は除く) <small>チェア</small>			
		<input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知器 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ予防用具			
	福祉用具事業所名				
	利用開始日(予定)	平成	年	月	日
	サービス担当者会議開催日	平成	年	月	日

※添付書類	①居宅サービス計画書(第1～3表)又は介護予防サービス・支援計画書の写し。 ②サービス担当者会議の要点写し。介護予防の場合は、会議録の要点が記載された支援経過記録の写し。 ③医学的な所見の分かる書類の写し(主治医意見書、医師の診断書、担当介護支援専門員が面接又は電話で聴取した内容を記録したもの)。	湯浅町受付印
-------	---	--------