

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認依頼書

フリガナ 被保険者 氏 名		保険者番号		3	4	2	0	3	0
		被保険者番号	0	0	0	0			
生年月日	明・大・昭 年 月 日生								
住 所	竹原市								
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 申請中（ 新規 ・ 区分変更 ）								
	<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 （自動排泄処理装置）								
福祉用具の種類	<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"/> 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（尿のみを吸引する機能のものを除く）								
利用予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日								
サービス担当者会議開催日	年 月 日（利用開始予定日より以前の日付）								
貸与の必要性を判断した 基準 (利用者の状態像)	<input type="checkbox"/> 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つて、頻繁に厚生労働大臣が定める者のイに該当する者 （例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象等）								
	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣が定める者のイに該当す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等）								
	<input type="checkbox"/> 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、医学的判断から厚生労働大臣が定める者のイに該当すると判断できる者 （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）								
医師の医学的所見の 確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 照会文書等 <input type="checkbox"/> 面談、電話等による聴取								
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 医師の医学的所見が確認できる書類 <input type="checkbox"/> 居宅（介護予防）サービス計画書等の写し <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点【第4表】又は会議の議事録の写し <small>※主治医がサービス担当者会議に出席し、サービス担当者会議の要点【第4表】または会議の議事録に主治医の医学的所見が明記されている場合は「医師の医学的所見が確認できる書類」は省略できます。</small>								
（あて先） 竹原市長 様 医師の医学的な所見と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実施した結果、福祉用具の貸与が特に必要であると判断したので確認を依頼します。 年 月 日 事 業 所 名 _____ 所 在 地 _____ サービス計画作成者名 _____ <small>※提出の際には事業所印もしくは計画作成者の印を押印してください</small> 連 絡 先 () - _____									