

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付確認依頼申請書

年 月 日

土佐清水市健康推進課長 様

申請事業所名			
事業所所在地		連絡先	
事業所管理者名		計画作成担当者名	

次の被保険者に対して、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の開催等を通じた適切なケアマネジメントの結果、福祉用具貸与が必要と判断し、被保険者に対し当該申請について説明を行いました承を得ておりますので確認を依頼します。

1. 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																				
要介護等認定区分 【該当に✓】	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 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✓】	<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（つり具の部分を除く） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置																				
貸与開始日	年 月 日 ~																				
福祉用具 貸与事業者	事業所名																				
	事業所番号																				連絡先

3. 医学的な所見(医師の医学的な所見に基づき、該当する状態像に✓)

<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、頻繁に第23号告示第21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、短期間のうちに第23号告示第21号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者			
<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第23号告示第21号のイに該当すると判断できる者			
医療機関名		連絡先	TEL	
担当医師名		所見確認日		年 月 日

4. サービス担当者会議開催日

サービス担当者会議開催日	年 月 日
--------------	-------

5. 添付書類【該当に✓】

要介護分	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 主治医所見聴取記録 ※左記のうちいずれか1つ <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書（1）（2）（写） <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点（写）
要支援分	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 主治医所見聴取記録 ※左記のうちいずれか1つ <input type="checkbox"/> 介護予防サービス・支援計画表（1）（2）（写） <input type="checkbox"/> 支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）（写）