

軽度者に対する福祉用具貸与費の例外給付に関する確認依頼書

年 月 日

大治町長 殿

申請者 事業所所在地

事業所名

印

担当者名

印

電話番号

次のとおり、軽度者に対する福祉用具貸与が必要であると判断したので、確認を依頼します。

被保険者氏名			被保険者番号			
要介護度	要支援1・2 要介護1・2・3		申請中(年 月 日申請)			
認定有効期間	年 月 日 ~		年 月 日			
福祉用具の貸与種目及び該当する状態像	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品		<input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者 <input type="checkbox"/> 日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者			
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品		<input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者			
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具		<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者			
	<input type="checkbox"/> 体位変換器		<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者			
	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器		<input type="checkbox"/> 意思の伝達、介助者への反応、記憶又は理解に支障があり、かつ、移動において全介助を必要としない者			
	<input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く)		<input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 <input type="checkbox"/> 生活環境において段差の解消が必要と認められる者			
医師の医学的所見	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置		<input type="checkbox"/> 排便において全介助を必要とし、かつ、移乗において全介助を必要とする者			
	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日又は時間帯によって、頻繁に上記の状態像に該当する者 <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに上記の状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる者 <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上記の状態像に該当すると判断できる者					
	確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書		医療機関名		
		<input type="checkbox"/> 医師の診断書等		担当医師		
<input type="checkbox"/> 医師からの意見聴取		確認日	年 月 日			
サービス担当者会議	開催日	年 月 日				
	福祉用具貸与事業所					
貸与開始日	年 月 日 (<input type="checkbox"/> 新規利用 <input type="checkbox"/> 継続利用)					

※添付書類

- (1) 居宅サービス計画書(第1表及び第2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記録又はこれに類する書類
- (3) 医学的所見の確認書類の写し