

軽度者に対する福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）の例外給付の確認依頼書

令和 年 月 日

鏡野町長様

次の被保険者に対して医学的所見に基づき状態像が判断され、サービス担当者会議の開催等を通じた適切なマネジメントを行ったところ、以下のとおり福祉用具貸与が必要と判断されましたので、確認を依頼します。

居宅介護（介護予防）支援事業所名

管理者名

印

1. 貸与を予定している被保険者

氏名		被保険者番号								
住所		生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日				
要介護度	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. 貸与を必要とした福祉用具及び本人の状態（該当する□にチェック）

<input type="checkbox"/> 車椅子及び車椅子付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者
	<input type="checkbox"/> 日常生活範囲における移動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器	<input type="checkbox"/> 意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、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"/> 移乗に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解消が必要と認められる者
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/> 排便および移乗において全介助を必要とする者

3. 本人の状態像及び医師の医学的所見等（該当する□にチェック）

本人の状態像	<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★①で定める福祉用具が必要な状態に該当する者
	<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★①で定める福祉用具が必要な状態像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★①で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者
★① 厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（平成27年3月23日厚生労働省告示第94号）第31号のイ		

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

開催日	令和 年 月 日	計画作成担当者名	
-----	----------	----------	--

町 確 認 欄	必須添付書類 <input type="checkbox"/> 医学的所見等の確認書類（写）（主治医意見書・診断書・主治医連絡票・他） <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の記録（写）※判断箇所にマーカー <input type="checkbox"/> ケアプラン1表・2表（写）
------------------	--