

軽度者に対する(介護予防)福祉用具貸与の例外給付の確認依頼申請書

沼田市長 様

年 月 日

事業所名 \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_

事業所所在地 \_\_\_\_\_

事業所管理者名 \_\_\_\_\_

事業所連絡先 ( ) \_\_\_\_\_

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

次の被保険者に対して、(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。

1. 被保険者情報

被保険者氏名				被保険者番号					
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女			
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								
認定有効期間	年	月	日	～	年	月	日		

2. 例外給付の判断について

1	福祉用具を必要とする理由	<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って、頻繁に第23号告示第21号のイ(第23号告示第65号において準用する第21号のイ)に該当する。		
		<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第23号告示第21号のイ(第23号告示第65号において準用する第21号のイ)に該当するに至ることが確実に見込まれる。		
		<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第23号告示第21号のイ(第23号告示第65号において準用する第21号のイ)に該当すると判断できる。		
2	福祉用具の必要性を判断するために用いた方法	<input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師からの所見を聴取		
3	確認を必要とする福祉用具及び該当する状態像	車いす及び車いす付属品	※当該確認依頼申請は不要	
		<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、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者で、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	<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		
4	サービス担当者会議開催日	年	月	日
5	福祉用具の開始年月日	年	月	日

3. 添付書類

①福祉用具を必要とする医学的所見の確認書類	②サービス担当者会議等の記録の写し
③居宅サービス計画書(1)	④居宅サービス計画書(2)

市町村確認欄

受付印	福祉用具貸与の可否 可・否	
	確認通知有効期間 年 月 日 ～ 上記有効期間の満了日まで	
	担当者印	備考

※受付印のある本書の写しにより、確認通知とします。