

大田原市長 様

事業所名  
 管理者名

介護保険軽度者福祉用具貸与費例外給付の確認について（確認依頼申請書）

次の被保険者に対して、医師の所見（医学的な意見）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を行ったところ、（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 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	
要介護度（該当に○）	要支援1・要支援2・要介護1・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○）	ア 車いす イ 車いす付属品 ウ 特殊寝台 エ 特殊寝台付属品 オ 床ずれ防止用具 カ 体位変換器 キ 認知症老人徘徊感知機器 ク 移動用リフト（つり具の部分を除く。）			
利用（貸与）開始日	年 月 日			
（介護予防） 福祉用具貸与事業所	事業所名			
	事業所番号		連絡先	TEL

3 医学的所見（医学的所見の確認書類に基づき、該当する状態像にチェック）

- (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
- (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いたることが確実に見込まれる者
- (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

4 特に必要と判断した理由（ケアマネジメント結果）

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

5 添付書類

- (1) 医学的所見の確認書類
- (2) 居宅サービス計画書（第1、2、4表）
- (3) 介護予防サービス・支援計画書、介護予防支援経過記録

6 担当居宅介護（介護予防）支援事業所【確認結果通知先】

事業所名		担当者名	
住 所			
連絡先	TEL	—	(FAX)