

幸手市健康福祉部介護福祉課長 宛

所在地  
事業所名  
管理者名

印

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する確認について（確認依頼申請書）

下記の被保険者について、医師の意見（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、（介護予防）福祉用具貸与が特に必要と判断したことから確認を依頼するものです。

記

1 福祉用具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 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 福祉用具貸与を必要と判断した福祉用具

対 象 品 目 (該当に○)	ア. 車いす及び車いす付属品 ウ. 床ずれ防止用具及び体位変換器 オ. 移動用リフト	イ. 特殊寝台及び特殊寝台付属品 エ. 認知症老人徘徊感知器 カ. 自動排泄処理装置
利用開始日	年 月 日 ~	

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95号告示第25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95号告示第25号のイに該当するに至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95号告示第25号のイに該当すると判断できる者

医 師 か ら の 所 見	確 認 日	令和 年 月 日	確認者	
	確 認 方 法	主治医意見書 診断書 主治医意見聴取 その他( )		
	医 師 名	(所属医療機関名)		
	診 断 名			
	状 況 等 (チェックを入れた該当区分についての具体的状況)			

4 特に必要と判断した理由（ケアマネジメント結果を記入）

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

※提出書類： ①確認依頼申請書（様式1）、②医学的な所見の確認書類（写しがある場合）、③サービス担当者会議の記録（写）、④ケアプラン1表2表（介護予防ケアプラン(1),(2)（写）

担当者名 \_\_\_\_\_  
連絡先 \_\_\_\_\_