

久喜市長 あて

〒

住所.....

事業所名.....

担当者名..... 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（確認依頼書）

下記の被保険者について、医師の意見（医学的所見）に基づき状態が判断され、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	要支援 1 2	要介護 1	認定申請中（申請日平成 年 月 日）
認定有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日		

2 福祉用具貸与を必要と判断した福祉用具

対象品目に○	ア 車いす及び車いす付属品	イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品
	ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器	エ 認知症老人徘徊感知器
	オ 移動用リフト（つり具の部分を除く）	
	利用開始日	平成 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

医師からの所見	確認日	平成 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			
	診断名			
	状況等（チェックを入れた該当部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）

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

添付書類・・・医学的な所見の確認書類（写）・サービス担当者会議の記録（写）・ケアプラン1表、2表（写）

市記入欄（何も記入しないでください）	確認印
上記の理由に基づき、介護保険の福祉用具貸与が[必要 ・ 不必要]と確認します。	