

いの町長 様

事業所住所
事業所名
担当者名

軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認依頼書

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関して、次の被保険者が下記 i) ~ iii) の状態像に該当することが医師の医学的所見に基づき判断され、サービス担当者会議を経た適切なケアマネジメントにより貸与が特に必要であると判断しましたので、確認を依頼します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
被保険者氏名			
住所		被保険者番号	
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 年 月 日)		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

貸与する福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知器 <input type="checkbox"/> 移動用リスト(つり具)の部分を除く。 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置		
医師の医学的所見	<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、頻繁に第95号告示第25号のイに該当するもの (例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象) <input type="checkbox"/> ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当することが確実に見込まれる者 (例 がん末期の急速な状態悪化) <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第95号告示第25号のイに該当すると判断できる者 (例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)		
判断の基とした医学的所見	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員による聴取		
	医療機関名		医師名
	傷病名		
添付書類	<input type="checkbox"/> 認定情報 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の記録 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1表・2表又は介護予防サービス支援計画書 <input type="checkbox"/> 主治医の意見書又は診断書又は医師の医学的所見を記載した書類		

保険者確認欄

上記の理由に基づき、介護保険福祉用具貸与が【必要・不必要】であると確認します。

貸与する福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知器 <input type="checkbox"/> 移動用リスト(つり具)の部分を除く。 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置		
-------------	---	--	--

確認期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
------	---------------	--	--