

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する理由確認依頼書

勝山市長 殿

居宅介護(介護予防)支援事業所名 _____
 介護支援専門員名 _____
 連絡先(電話) _____

医師の医学的な所見とサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントに基づき、次のとおり福祉用具貸与が特に必要であると判断したので、軽度者に対する福祉用具貸与について確認を依頼します。

被保険者氏名		被保険者番号	
被保険者住所	〒		
要介護状態区分等			
認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日		
福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす附属品 <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"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く)		
貸与開始予定年月日	年 月 日		
医師の医学的な所見	<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19号のイに該当する者 <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19号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者 <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病状の重篤化の回避等医学的判断から第23号告示第19号のイに該当すると判断できる者		
添付書類	下記書類のコピーを必ず添付 <input type="checkbox"/> 主治医意見書又は医師の診断書（主治医に対する照会内容の記載があれば可） <input type="checkbox"/> 居宅(介護予防)サービス計画（サービス担当者会議等の記録等）		

保険者記入欄

受付印	確認者	福祉用具利用の可否		貸与有効期間
		可	否	年 月 日 (6ヵ月後に見直しとなりますので6ヵ月後に再度必要書類を提出下さい)

課長	課長補佐	係長	担当	課 員