

## 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る確認依頼書

年 月 日

(あて先) 酒々井町長

所在地 \_\_\_\_\_  
 事業所名 \_\_\_\_\_  
 依頼者 電話番号 \_\_\_\_\_  
 計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

下記のとおり(介護予防)福祉用具貸与が特に必要であると判断しましたので、例外給付に係る確認を依頼します。

### 記

被保険者氏名	被保険者番号				
	要介護度		□要支援1 □要支援2 □要介護1		
貸与種別	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 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 (具体的に： _____ ) <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置		貸与開始年月日	年 月 日	
			※町に事前連絡した場合の連絡日	年 月 日	
			貸与予定事業者		
意見を求めた担当医	医療機関名				
	担当医		確認日	年 月 日	
	確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書・診断書 <input type="checkbox"/> 受診同席 <input type="checkbox"/> 電話・FAX ※病院スタッフ経由可 <input type="checkbox"/> 退院時カンファレンス・サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> その他(具体的に： _____ ) ※本人・家族経由での聞き取りは不可			
福祉用具が必要な理由	病名				
	該当する状態	<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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者 <input type="checkbox"/> ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者 <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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者			
	具体的な状態				

**【添付書類】(チェックしてください)**

- 医師の所見を確認した書類の写し(主治医意見書、医師の診断書、又は介護支援専門員等が医師からの所見を聴取した際の記録簿等)  
 ※医師の所見及び医師の氏名等並びに対象者の状態及び福祉用具が必要な理由等が記載されているもの。
- サービス担当者会議の要点(要支援の場合、支援経過記録)の写し  
 ※出席者の氏名、職種名、福祉用具貸与に関する意見が記載されているもの。
- 居宅サービス計画書(第1～3表)(要支援の場合、支援計画書)の写し