

小郡市長 宛

事業所名	事業所番号:
管理者名	(印)

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認について(確認依頼申請書)

下記の①～③について担当の居宅介護(介護予防)支援事業所より説明を受け、同意しました。

- ①居宅介護(介護予防)支援事業所が、私の福祉用具貸与の例外給付に関する確認依頼申請を下記の通りおこなうこと
- ②確認結果通知を当該居宅介護(介護予防)支援事業所あてに送付すること
- ③この申請にかかる確認のために必要があるときは、私の要介護度や心身の状態及び疾病等、必要な事項について、小郡市が調査すること

本人同意欄	氏名	印
-------	----	---

●以下は、居宅介護(介護予防)支援事業所の計画作成担当者が記入してください●

次の被保険者に対して、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を行ったところ、(介護予防)福祉用具貸与が必要と判断しましたので、確認を依頼します。

1. 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	0 0 0
住所	電話番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	要介護度(該当に○) 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1
認定有効期間	年 月 日～	年 月 日

2. 貸与を必要と判断した福祉用具

福祉用具の種類【該当に○】	車いす ・ 車いす付属品 ・ 特殊寝台 ・ 特殊寝台付属品 床ずれ防止用具 ・ 体位変換器 ・ 認知症老人徘徊感知機器 ・ 移動用リフト(つり具の部分を除く)
利用(貸与)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)

<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23号告示第21号のイに該当する者	
<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	
<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23号告示第21号のイに該当すると判断できる者	
被保険者の疾病名及び心身の状態 例)パーキンソン病	
医療機関名	担当医師名

4. サービス担当者会議開催日 年 月 日

小郡市受付印欄

5. 担当居宅介護(介護予防)支援事業所【確認結果通知先】

事業所名	担当者名
住所	
連絡先	TEL - (FAX - )

添付書類:①居宅(介護予防)サービス計画書、②サービス担当者会議の記録、③福祉用具を必要とする理由が確認できる書類

- ①:居宅サービス計画書は国の標準様式(第1表、第2表)に、介護予防サービス計画書は国の標準様式(介護予防サービス・支援計画書)に該当する書面。「医師の所見」・「医師氏名」・「当該福祉用具貸与が特に必要な理由」が記載されているものが必要。
- ②:国の標準様式(第4表)に該当する書面。介護予防の場合は、国の標準様式(介護予防支援経過記録)に該当する書面。やむを得ない理由によりサービス担当者会議を開催せず、担当者に対する照会等により意見を求めた場合は、国の標準様式(第5表)に該当する書面を提出してください。「開催日(照会日・回答日)」・「出席者(回答者)」・「福祉用具貸与の例外給付についての検討内容(照会内容・回答内容)」が記載されているものが必要。
- ③:主治医意見書及び医師の診断書による場合は、その写しに福祉用具を必要とした理由を確認した箇所が分かるようにラインマーカーの上、提出してください。また、医師から所見を聴取した場合は、聴取日時、聴取方法(TEL、面接等)、聴取内容、医師氏名が記録された書面を提出してください。

※小郡市介護保険課記入欄

審査結果	担当	係長	課長
給付対象	給付対象外		
上記の通り、決定・通知してよろしいか伺います。			
決裁年月日	年 月 日		