

様式第 1 号

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認依頼書

年 月 日

高根沢町長 様

事業所名
代表者名 印
作成者氏名
電話番号

軽度者に対する福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）の例外給付の確認を依頼します。

被保険者	氏名		被保険者番号	
	要介護度 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3			
福祉用具を必要とする理由	<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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する。 （例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象）		
	<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。 （例：がん末期の急速な状態悪化）		
	<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。（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）		
	※具体的疾患名・状況等			
貸与が必要な福祉用具	(種目)			
貸与開始日	年 月 日			

添付書類	①	福祉用具を必要とする理由が医師の所見に基づくことを証する書類※
	②	福祉用具の必要性の判断がサービス担当者会議等を経た適切なケアマネジメントの結果を踏まえていることを証する書類
	③	貸与が必要な福祉用具のカタログ

※担当介護支援専門員が医師の意見を聴取した場合には、聴取年月日・聴取方法・医師名・具体的所見等が記載された聴取記録を添付。