事業所名

開設法人名

代表者名

担当者名

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）

　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、下記の福祉用具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 |  |
| 住所 |  |
| 要介護度 | □要支援１　□要支援２　□要介護１　□要介護２　□要介護３　□認定申請中　 |
| 認定有効期間 | 　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |

1. 貸与が必要な福祉用具

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉用具の種目 | 特殊寝台および付属品　・　床ずれ防止用具　・　認知症老人徘徊感知機器移動用リフト　・　自動排泄処理装置 |
| 貸与開始日 | 　　　年　　　月　　　日から |

1. 医学的所見について（所見確認日：　　　　年　　　月　　　日　）

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関・医師名 |  |
| 状態像（該当する状態像に○） |  | Ⅰ．疾病などにより、状態が変動しやすく、日・時間帯によって頻繁に必要となる |
|  | Ⅱ．疾病などにより、状態が急速に悪化し、短時間のうちに必要性が確実に見込まれる |
|  | Ⅲ．疾病などにより、身体への重大な危険性や症状の重篤化の回避等、医学的判断から必要 |

1. 特に貸与が必要な理由・状況（サービス担当者会議開催日：　　　　　年　　　月　　　日　）

添付書類　①医学的所見に基づいていることを示す書面

②適切なケアマネジメントを示す書類

　　　　　③福祉用具のカタログ