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

流山市長　宛

　福祉用具貸与について、下記のとおり医師の医学的な所見に基づいたサービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメントにより、（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、確認を依頼します。

添付書類　①居宅サービス計画書の写し

 ②サービス担当者会議録の写し

③医師の医学的所見（主治医意見書、診断書、担当の介護支援専門員が聴取したケアプランに記載する医師の所見等）

１．対象者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏名 |  | 　　　　年　　月　　日 |
| 要介護度区分 | □要支援１　□要支援２　□要介護１□要介護２　□要介護３　□申請中 |
| 認定有効期間 | 　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |

２．貸与品目等

|  |  |
| --- | --- |
| 貸与品目種別 | □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（つり具部分を除く）□自動排泄処理装置（尿のみを吸引するものは除く） |
| 貸与開始年月日 | 年　　月　　日　※受付日の２週間後を目安とする |
| 申請が遅れた場合の理由 |  |
| ※正当な理由なく申請が遅れた場合、遡って給付の対象とすることはできません |
| 福祉用具貸与事業者 |  |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

３．サービス担当者会議

|  |  |
| --- | --- |
| 開催日 | 年　　月　　日 |
| 福祉用具が必要な理由（ケアマネジメント結果） |  |

４．医師の医学的所見による判断

|  |  |
| --- | --- |
| 病名 |  |
| 該当する状態 | □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１９号のイに該当する者例）パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象 |
| □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１９号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者例）がん末期の急速な状態悪化 |
| □ⅲ | 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する者例）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 |
| 判断の基礎とした資料 | □主治医意見書　□医師による診断書□介護支援専門員による聴取□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 意見を求めた担当医 | 医師名 |  |
| 医療機関名 |  |
| 電話番号 |  |

５．確認依頼者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者名 |  | 事業所番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在地 | 〒 |
| 担当者 |  | 電話番号 |  |

※軽度者への福祉用具貸与は、申請書を提出することで貸与が認められるものではありません。申請しても貸与の必要性が無いと判断された場合には、介護保険の利用による貸与はできません。必ず利用者へ自己負担の可能性を説明したうえで申請してください。