年　　　月　　　日

　　　　　　　　（宛先）白岡市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者名　　　　　　　　　　　　　　　印

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する確認について（確認依頼書）

次の被保険者について、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の結果、（介護予防）福祉用具貸与が特に必要と判断したことから確認を依頼するも

のです。

１　福祉用具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（該　当　に　○） | 要支援1 要支援２　要介護１・２・３認定申請中　（申請日　　　　年　　月　　日） |
| 認定有効期間 | 　　　年　　　月　　　日　　～　　　　　年　　　月　　　日 |

２　医学的所見（医学的所見の確認書類に基づき、該当項目に）

* （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９５号

　　　　　告示第２５号のイに該当する者

* （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９５号告示第２５号のイに該当

　　　　　するに至ることが確実に見込まれる者

* （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９５

　　　　　号告示第２５号のイに該当すると判断できる者

３　福祉用具貸与を必要と判断した福祉用具（該当項目に）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象品目 | □ | 特殊寝台及び特殊寝台付属品 | □ | 日常的に起き上がりが困難な者 |
| □ | 日常的に寝返りが困難な者 |
| □ | 床ずれ防止用具及び体位変換器 | □ | 日常的に寝返りが困難な者 |
| □ | 認知症老人徘徊感知器 | □ | 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動において全介助を必要としない者 |
| □ | 自動排泄処理装置　　 | □ | 排便において全介助を必要とし、かつ移乗において全介助を必要とする者 |
| 利用開始日 | 　　　年　　　月　　　日　～　 |

４　医師からの所見

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 確認日 | 　　　年　　　月　　　日 | 確認者 |  |
| 確認方法 | 主治医意見書　診断書　主治医意見聴取その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医師名 | 　　　　　　　　　　　　　　（所属医療機関名） |
| 診断名 |  |
| 状況等　（医学的所見においてを入れた該当区分についての具体的状況） |  |

* 提出書類　：　①確認依頼申請書（様式１）　　　②「医師からの所見」の確認書類（写）（※上記記入がない場合）

　　　　　　　　　③サービス担当者会議の記録（写）④ケアプラン第１表・第２表（介護予防ケアプラン）（写）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連　絡　先