

長与町健康保険部介護保険課長 様

申請事業所番号	
居宅介護(介護予防)支援事業名	
管理者名	
担当者名	
住所及び連絡先	〒 - TEL: ()

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長与町が調査すること

本人同意欄	氏名
-------	----

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

フリガナ			
被保険者氏名		被保険者番号	
住所	〒 -		
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 <input type="checkbox"/> 認定申請中	認定有効期間 (申請中の方は申請日)	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	ア. 車椅子 イ. 車椅子付属品 ウ. 特殊寝台 エ. 特殊寝台付属品 オ. 床ずれ防止用具 カ. 体位変換器 キ. 認知症老人徘徊感知器 ク. 移動用リフト ケ. 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引するものを除く) 注) 自動排泄処理装置については、要介護2・3の方も軽度者となります。		
利用(貸与)開始日	年 月 日 ~		
福祉用具貸与事業所	事業者番号	事業所名	TEL

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)

- (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、頻繁に利用者等告示(介護予防は第88号において準用する)第31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、短期間のうちに利用者等告示(介護予防は第88号において準用する)第31号のイに該当す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利用者等告示(介護予防は第88号において準用する)第31号のイに該当すると判断できる者

医療機関名		TEL	
担当医師名		所見確認日	年 月 日

4. 特に必要と判断した理由(ケアマネジメント結果) ※必要性はサービス担当者会議の結果から記入してください。

サービス担当者会議開催日:	年 月 日
---------------	-------

【提出書類】

- ①確認依頼申請書 ②サービス担当者会議の記録(写) ③ケアプラン1表2表{介護予防ケアプラン(1)(写)}
- ④医学的な所見の確認書類(軽度者の福祉用具使用についての主治医意見書又は診療情報提供書の写) ⑤福祉用具サービス計画書(写)

【その他注意点】

- ・暫定プランで提出し、要介護4等の重度認定を受けた場合、申請の必要性がなくなります。ご連絡ください。
- ・本申請書は、認定の更新、要支援・要介護状態区分又は居宅介護(介護予防)支援事業所の変更があった場合には、再度作成し提出してください。
- ・本申請書は、原則サービス提供月の前月末までに提出してください。

町受付印※

【町記載欄】	
確認番号	
結果	確認 ・ 返却