

## 軽度者に対する福祉用具貸与の例外的給付の確認依頼書

平成 年 月 日

佐伯市長 様

事業所名 印

担当介護支援専門員名

連絡先(Tel)

次の被保険者に対して、医師の医学的所見、かつサービス担当者会議を通じたケアマネジメントにより、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

被保険者番号										
被保険者氏名						男・女	年	月	日生	歳
住 所	佐伯市									
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									
認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日									

### 2. 必要と判断する福祉用具の種目

福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 車イス (品目名 ) <input type="checkbox"/> 車イス付属品 (品目名 ) <input type="checkbox"/> 特殊寝台 (品目名 ) <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 (品目名 ) <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 (品目名 ) <input type="checkbox"/> 体位変換器 (品目名 ) <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具部分除く)
利用開始(予定)日	平成 年 月 日 から

### 確 認 結 果

要・否	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	理由
<p>上記のとおり判断します。</p> <p>ただし、状況が変化した場合は、再度確認を行うこと。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">佐伯市長</p>	

【裏面】

3. 例外的給付の対象とすべき状態像に該当することが確認できる事項

疾病名		
福祉用具貸与の例外的給付の対象とすべき事項	(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) <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、頻繁に第23号告示第21号のイに該当する者 <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第23号告示第21号のイに該当することが確実に見込まれる者 <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第23号告示第21号のイに該当すると判断できる者	
主治医意見書等を記載した医師又は所見を求めた医師	医療機関名:	担当医師名:
	所見確認日 平成 年 月 日	
医学的所見の確認方法	<input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師からの意見聴取	

4. サービス担当者会議の状況(開催日:平成 年 月 日)

出席者	所属	氏名	所属	氏名

《検討を行なった内容等》

検討項目	
本人や家族の希望	
本人の身体状況	
適切に利用できる能力等の確認	
使用時のリスクについて(環境等)	
貸与を行なうことによる効果と課題	

《主治医の意見及び出席者の意見のまとめ》

--