

## 軽度者に対する特定福祉用具貸与の例外給付の確認依頼書

年 月 日

神石高原町保健福祉課長 様

次の被保険者に対する特定福祉用具貸与について、医師の医学的所見に基づき、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより、対象貸与品目の貸与が特に必要であると判断したので、次のことについて確認を依頼します。

フリガナ		被保険者番号									
被保険者氏名											
要介護度		要支援1・2・要介護1・2・3 認定申請中				認定期間		年 月 日～ 年 月 日			
対象貸与品目	福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く）									
	貸与開始年月日	年 月 日 ※確認依頼日以後で保険給付の対象とした福祉用具の貸与開始年月日を記載									
	(介護予防) 福祉用具貸与事業所	事業所番号									

### 1 福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像に該当することが判断されていること

(1) 疾病名			
(2) 特定福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像	<input type="checkbox"/> 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、頻繁に厚生労働大臣が定める者等（平成24年厚生労働省告示第95号。以下「第95号告示」という。）第25号のイに該当する者		
	<input type="checkbox"/> ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに第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		
	<input type="checkbox"/> 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) 主治医意見書等を記載した医師又は所見を求めた担当医	医療機関名	担当医師名	
	医療機関連絡先	(   ) -	所見確認日                      年 月 日
(4) 医学的所見の確認書類・添付書類	<input type="checkbox"/> ア 特定福祉用具貸与医師意見書（写し）		<input type="checkbox"/> イ 主治医意見書（写し）
	<input type="checkbox"/> ウ サービス担当者会議の会議録等の写し ※第4表「サービス担当者会議の要点」、「介護予防支援経過記録」等 ※担当の職員又は介護支援専門員が医師から聴取した医学的所見の内容が記録されていること。		

### 2 サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されていること

(1) サービス担当者会議開催日	年 月 日		
(2) 特に必要と判断した理由	(サービス計画に記載された内容を記載)		
(3) 確認書類・添付書類	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議の会議録等の写し ※第4表「サービス担当者会議の要点」、「介護予防支援経過記録」等 ※医師の医学的所見に基づき、特定福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されていることが記録されていること。		

### 確認を依頼する居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所

事業所名		事業所番号				
事業所所在地 〒						
担当者氏名	連絡先 (   ) -					

保険者確認欄	年 月 日	<b>※項目1 例外給付状態</b> 1 <input type="checkbox"/> 確認可   2 <input type="checkbox"/> 確認不可	確認不可の場合その理由	
	年 月 日	<b>※項目2 ケアマネジメント判断</b> 1 <input type="checkbox"/> 確認可   2 <input type="checkbox"/> 確認不可	確認不可の場合その理由	