様式第１号(第４条関係)

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付確認依頼書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日

鳩山町長　あて

(申 請 者)

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所所在地 |  |
| 事業所名 |  |
| 担当者名 | (TEL:　　　　　　　) |

次の被保険者に対して、医師の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を通じた適切なケアマネジメントを行い、軽度者として福祉用具貸与が必要であると判断したので、申請します。

１.被保険者情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 生年月日(　　歳) | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | |
| 現在の要介護度 | 要支援1・要支援2／要介護1・要介護2・要介護3・認定申請中  （該当する介護度に〇をつけてください。） | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |

２.算定する福祉用具情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 福祉用具の種目  (該当する用具に〇をつけてください。) | ①車いす　　②車いす付属品　　③特殊寝台　　④特殊寝台付属品　　　　　　　⑤床ずれ防止用具　　⑥体位変換器　　⑦認知症老人徘徊感知機器　　　　　　　⑧移動用リフト(つり具の部分を除く。)  ⑨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(予定)日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具貸与事業所 | 事業所名 |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 連絡先 | -　　　- |

３.医師の医学的な所見(該当する状態像にチェックをつけてください。)

|  |  |
| --- | --- |
| □ | (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基準に適合する利用者等（平成２７年厚生省告示第９４号。以下「第９４号告示」という。）」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、短期間のうちに第９号告示第３１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９４号告示第３１号のイに該当すると判断できる者 |

４.サービス担当者介護の開催を通じたケアマネジメント

|  |
| --- |
| サービス担当者介護開催日　　　　年　　　月　　　日  結果 |

５.添付書類

|  |  |
| --- | --- |
| □ | ケアプラン1表、2表(要介護)／介護予防サービス・支援計画書の写し(要支援) |
| □ | ケアプラン4表(要介護)/介護予防サービス・支援経過記録《サービス担当者会議の要点含む等》(要支援) |
| □ | 医師の医学的な所見の分かる書類(以下の該当するものに〇をつけてください。) |
| ・主治医意見書  ・医師の診断書(具体的診断名及び症状が記載されているもの)  ・軽度者に対する福祉用具貸与に係る医師の医学的な所見の聴取記録(様式第2号) |