

年 月 日

## 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）

富士川町長 殿

下記及び別添のとおり、福祉用具貸与について、医師の所見及び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判断されていることの確認を申請します。

またこの申請にかかる確認のために必要のあるときは、私の心身の状態及び疾病等必要な事項について富士川町が調査することに同意します。なお当該確認については、下記の居宅介護（介護予防）支援事業者に通知することに同意します。

本人同意欄	被保険者氏名	印
-------	--------	---

以下は居宅介護（介護予防）支援事業者の計画作成担当者が記入してください。

居宅介護（介護予防支援事業者名）			
計画作成担当者氏名		電話番号	

### ●被保険者情報

被保険者氏名		被保険者番号	
住 所			
要 介 護 度	要支援 1	要支援 2	要介護 1
認定有効期間	年 月 日	～	年 月 日
障害者手帳有無	有（障害者手帳障害名 等級） ・ 無		

### ●例外給付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
福祉用具名称	
利用開始日	年 月 日

### ●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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者。
- (Ⅱ) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態にな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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者。

### ◎必要書類

- ①確認依頼申請書
- ②医学的な所見の確認書類（主治医の意見書等）（写し可）
- ③サービス担当者会議の記録
- ④居宅サービス計画書（第1表～第7表）

受付印欄

以上相違ありません。

軽度者に対する福祉用具貸与の状況確認表

心身の状況（疾患・障害等の内容及び日常生活における支障等）を詳しく記入		
家族等介護者の支援状況		
利用者の自宅周辺、自宅内環境等		
当該福祉用具の使用頻度		
主治医による医学的所見 確認内容	医療機関名 主治医氏名	住 所： 医療機関名： 主治医氏名：
	所見確認日	年 月 日
	確認方法	電 話 ・ 訪 問
	所見内容 (具体的に)	
主治医から得た情報及びサービス担当者会議の結果を踏まえた介護支援専門員の意見		