

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

大網白里市長 様

次の被保険者に対して、医師の意見（医学的な所見）に基づき状態が確認され、かつ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を行ったところ、（介護予防）福祉用具が特に必要であると判断しましたので、確認を依頼します。

被保険者氏名	被保険者番号											
	要介護度 (該当に○)	要支援1・要支援2・要介護1										
福祉用具の種類	貸与開始年月日		年 月 日から									
貸与予定事業者	(事業者番号)											
医学的所見	(1) 病名 _____ (2) 該当する状態 <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、頻繁に福祉用具が必要な状態に該当する者 <input type="checkbox"/> ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに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 <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など医学的判断から福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者											
意見を求めた 担当医	医療機関名 _____ 氏 名 _____ 連絡先 _____											
福祉用具が 必要な理由												

(添付書類)

- ①医学的所見の確認書類(写)
- ②ケアプラン(写)
- ③サービス担当者会議の記録(写)

事業所名	印	
	(事業所番号)	
連絡先	住所	
	電話	
担当者	印	