軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する確認依頼書

フリガナ 被保険者 氏　　名		保険者番号				2	5	2	0	1	5
		被保険者番号									
生年月日	明･大･昭　　年　　月　　日生										
住　　所	〒　　ー 大津市										
要介護度	□要支援１　□要支援２　□要介護１　□認定（　新規　・　区分変更　）申請中 □要介護２　□要介護３　（自動排泄処理装置）										
福祉用具の種類	□車いす　□車いす付属品　□特殊寝台　□特殊寝台付属品 □床ずれ防止用具　□体位変換器　□認知症老人徘徊感知機器 □移動用リフト　□自動排泄処理装置（尿のみを吸引する機能のものを除く）										
利用開始予定年月日	年　　月　　日										
貸与の必要性を判断した基準 （利用者の状態像）	□　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95号告示第25号のイに該当する者 （例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象等）										
	□　疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当することが確実に見込まれる者 （例：がん末期の急速な状態悪化等）										
	□　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 （例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避）										
医師の医学的所見の確認方法	□　主治医意見書　□　医師の診断書　□　照会文書等 □　面談、電話等による聴取										
添 付 書 類	□　医師の医学的所見が確認できる書類 □　サービス担当者会議の要点【第４表】又は会議の議事録 **※主治医がサービス担当者会議に出席し、サービス担当者会議の要点【第４表】または会議の議事録に主治医の医学的所見が明記されている場合は「医師の医学的所見が確認できる書類」は省略できます。**										

（あて先）
大 津 市 長

医師の医学的な所見と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おこなった結果、福祉用具の貸与が特に必要であると判断したので確認を依頼します。

年　　月　　日

支援事業所名

事 業 所 番 号

ｻｰﾋﾞｽ計画作成者名

連　　絡　　先（　　）　　ー

保険者記入欄

課長	課長補佐	給付担当係長	資格給付係	担当	審査結果
					□貸与可　□貸与不可