

戸田市 健康福祉部 健康長寿課長 様

所在地 _____
 事業所名 _____
 管理者名 _____ 印
 担当者名 _____
 連絡先 _____

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する確認について（確認依頼申請書）

下記の被保険者について、認定調査結果又は医師の意見（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等を通じた適切なケアマネジメントの結果、(介護予防) 福祉用具貸与が特に必要と判断したことから確認を依頼するものです。

記

1 福祉用具貸与を予定している被保険者

被保険者氏名		被保険者番号	
住 所			
要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 要支援 1 <input type="checkbox"/> 要支援 2 <input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 認定申請中（申請日：令和 年 月 日）		
給付開始希望日	令和 年 月 日から ※原則として、医師の確認日又は受付日より前に給付を開始することはできません。		
認定有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		

2 福祉用具貸与を必要と判断した確認方法、福祉用具

確 認 方 法	<input type="checkbox"/> 認定調査結果 <input type="checkbox"/> 医学的所見
対 象 品 目	

3 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福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者

医学的な所見	確 認 日	令和 年 月 日	確 認 者	
	確認方法	(ア) 主治医意見書 (イ) 診断書 (ウ) 主治医意見聴取		
	医 師 名		所属医療機関名	
	診 断 名			
	状 況 等	(ウ) 主治医意見聴取についての具体的内容		

- ※添付書類： 1. 状態像の判断が認定調査結果による場合は、認定調査票一式
 2. 状態像の判断が医学的な所見による場合は、確認書類 (ア) 又は(イ)の写し
 3. サービス担当者会議の要点(写)など 4. 福祉用具サービス計画書 (写)