

美濃加茂市健康福祉部高齢福祉課長 宛

申請事業所名： _____

管理者氏名： _____ 印

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認依頼書

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を行ったところ、（介護予防）福祉用具貸与が必要と判断しましたので、確認を依頼します。

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	1	1	0	0	0												
住 所	美濃加茂市																		
要介護度 (該当に○)	要支援1・要支援2・要介護1・認定申請中（申請日： _____ 年 _____ 月 _____ 日）																		
認定有効期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日																		
利用(貸与)開始(予定)日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日																		

2 貸与が必要と判断した福祉用具

福祉用具の種類 (該当に○)	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 移動用リフト（つり具部分は除く） 8 認知症老人徘徊感知器 9 自動排泄処理装置																			
(介護予防)福祉用具貸与事業所										事業者番号										

3 医学的な所見（医学的所見の確認に基づき該当する状態像にチェック）

- 1 疾病その他原因により、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者等」（平成12年厚生省告示第23号。以下「第23号告示」といいます。）第19号イに該当する者
- 2 疾病その他原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第23号告示第19号イに該当することが確実に見込まれる者
- 3 疾病その他原因により、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23号告示第19号イに該当すると判断できる者

4 提出書類

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認のため、次の書類を提出します。

- ① サービス担当者会議の記録（写）
- ② 居宅サービス計画書第1表・第2表（介護予防ケアプランⅠ・Ⅱ）（写）
- ③ 医学的な所見の確認書類（写）
- ④ 支援経過記録（写）

4 被保険者（利用者）への同意

次の①～③について、担当の居宅介護（介護予防）支援事業所より説明を受け、同意しました。

①居宅介護（介護予防）支援事業所が、私の福祉用具貸与の例外給付に関する確認依頼申請を上記のとおり行うこと。

②この申請に係る結果通知を当該居宅介護（介護予防）支援事業所あてに送付すること。

③この申請に係る確認のために必要があるときは、私の要介護度や心身の状態及び疾病等、必要事項について美濃加茂市が調査すること。

年 月 日

被保険者(利用者)氏名 _____^①
(代筆者： _____)

※介護予防支援業務を居宅介護支援事業所が委託している場合は居宅介護支援事業所名等を下記に記入してください。

居宅介護 支援事業所名	
担当者氏名	

美濃加茂市受付印欄

--