軽度者への福祉用具貸与に係る例外給付の確認依頼申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

小鹿野町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　事業所所在地　（〒　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　事業所代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　事業所ＴＥＬ　　　　　（　　）－

下記の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書を

　　下記のとおり行うこと。

　②確認結果の通知を当該居宅介護（介護予防）支援事業所宛てに送付すること。

　③この申請にかか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、

　　必要な事項について、小鹿野町が調査をすること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本人同意欄 | 氏名 |  |

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、次のとおり福祉用具貸与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 | | |  | | |
| 被保険者住所 | 〒 | | | | | | | | |
| 要介護状態区分 | □要支援１　　　　□要支援２　　　　□要介護１ | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 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  □認知症高齢者徘徊感知機器　　　□移動用リフト（つり具の部分を除く。） | | | | | | | | |
| 貸与開始希望年月日 | 年　　　　月　　　　日 ～ | | | | | | | | |
| 貸与事業者 | 事業所名 |  | | | | 事業所番号 | | |  |
| 医師の医学的な  所見  （被保険者の状態像） | 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23号告示第19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、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第23号告示第  □ 19号のイに該当するに至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  □ 学的な判断から第23号告示第19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  回避等） | | | | | | | | |
| 医師の医学的な  所見等確認方法 | 医療機関名 | |  | | 担当医師名 | | |  | |
| 確認年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 確認方法 | | □主治医意見書　 □受診時等に医師から所見を聴取  □医師の診断書等　　 □サービス担当者会議に出席 | | | | | | |
| サービス担当者会議開催日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| 特に必要と判断  した理由  （ケアマネジメント結果） |  | | | | | | | | |

※添付書類　・医学的な所見が確認できる書類（写し）

　 ・サービス担当者会議の内容を記録した議事録等（写し）

　 ・居宅（介護予防）サービス計画書（写し）