軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認について（確認依頼書）

次の被保険者について，医師の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）福祉用具貸与が特に必要であると判断しましたので，確認を依頼します。

年　　月　　日

１．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）　要支援１　　要支援２　　要介護１　　認定前につき未定 （認定有効期間）　　年　　月　　日～　　年　　月　　日		

２．貸与を必要と判断した福祉用具

福祉用具の種目 （※貸与するものに〇）	特殊寝台　・　特殊寝台付属品　・　床ずれ防止用具 その他（　　）
貸与開始年月日	年　　月　　日から
福祉用具貸与事業所	

３．医学的所見

□	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，頻繁に平成 24 年厚生労働省第 95 号告示第 25 号のイに該当する者
□	ii	疾病その他の原因により，状態が急速に悪化し，短期間のうちに第 95 号告示第 25 号のイに該当するに至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第 95 号告示第 25 号のイに該当すると判断できる者

４．特に必要と判断した理由

（サービス担当者会議開催日　　年　　月　　日）

５．担当居宅介護支援事業所等

事業所名		担当者名	
住　　所			
連 絡 先	ＴＥＬ　　－　　（ＦＡＸ　　－　　）		

添付書類（チェックしてください）

ケアマネ	市	書　　類
		医学的所見が確認できるもの（診断書等） または認定審査会の意見が付された保険証
		居宅サービス計画書 1～3 表
		サービス担当者会議の要点
		カタログ等（貸与する用具の分かるもの）
		提出前チェックリスト（確認済のもの）
		その他（　　）