様式第１号(第２条関係)

介護保険福祉用具貸与(介護予防福祉用具貸与)例外給付確認依頼書

年　　月　　日

　つがる市長　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居宅介護(介護予防)支援事業所名 |  |
| 居宅介護(介護予防)支援事業所住所・電話番号 | 〒電話番号： |
| 担当介護支援専門員氏名 | 　 |

　軽度者に対する福祉用具貸与(介護予防福祉用具貸与)の例外給付の確認を依頼します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  | 氏名 |  |
| 要介護度 |  | 認定有効期間 | ～ |
|  | 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に第９５号告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する。 |
|  | 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに第９５号告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる。 |
|  | 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的判断から第９５号告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断出来る。 |
| 確認を必要とする福祉用具 |  | 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 | (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
|  | 徘徊感知機器 | (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
|  | 移動用リフト | (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
|  | 自動排泄処理装置 | (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 添付書類 |  | 居宅サービス計画書又は介護予防サービス支援計画書の写し |
|  | サービス担当者会議の記録（介護予防支援の場合、会議の要点が記入された経過記録の写し可） |
|  | 福祉用具を必要とする理由が確認出来る書類の写し（注１）　 |
| 貸与開始日(貸与開始予定日) | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 福祉用具貸与事業所(介護予防福祉用具貸与事業所) | 事業所名・電話番号 |  |
| 事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| (備考) |

注１：医師の所見によりこの依頼書を提出する場合、サービス担当者会議の記録に例外給付が必要となっている疾患名、医師の所見、必要な福祉用具品目及び聴取日、聴取を行った者、聴取に対応した医師等の氏名等が確認できる詳細な記録がある場合には提出を省略できます。

注２：聴取とは①医師に直接面接又は電話により確認　②看護師又は病院等事務職員を通じて確認した内容を記録したもの。（裏面も活用できます。）

（第１号様式裏面）　軽度者に対する福祉用具貸与に係る医師の医学的所見の聴取記録用紙

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情報 | 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護度 |  |
| 認定有効期間 |  　　　年　　　月　　　日　　～　　 　　　年　　　月　　　日 |
| 確認者 | 確認方法 |  |
| 確認日 |  　　　年　　　月　　　日 |
| 確認事業所名 |  |
| 確認者氏名 |  |
| 主治医 | 医療機関所在地 |  |
| 医療機関名 |  |
| 医師名 |  |
| 電話番号 |  |
| 医師の医学的な所見 | 疾病その他の原因 |  |
| 心身の状況等 | 上記の疾病その他の原因により |
|  |
|  |
|  |
| 下記の状態像に該当する。 |
| 該当する状態像 |  |
|  |
|  |
|  |
| 　　かつ、移動において全介助を必要としない者 |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 必要と思われる福祉用具 | 上記の疾病その他の原因、心身の状況等及び状態像により |
|  |
|  |
|  |
| が必要と思われる。 |