

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する確認書

記入例

居宅サービス計画書1～4表(予防は介護予防支援計画表・サービス担当者会議の要点)を必ず添付してください。原則として、この届出書が受理された日から保険給付の対象となります。

1 被保険者

氏名	荒川 太郎	被保険者番号	000XXXXXX	要介護度	要介護1
申請中の場合 該当項目にチェック		新規	更新	区分変更	

2 確認を必要とする福祉用具の貸与品目(該当品目にチェック)

- | | |
|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> 車イス及び車いす付属品 | 床ずれ防止用具及び体位変換器 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 | 認知症老人徘徊感知機器 |
| <input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く) | 自動排泄処理装置 |

3 医師による医学的な所見(該当する状態にチェック)

<input type="checkbox"/> 状態の変化	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利用が必要な状態
<input type="checkbox"/> 急性憎悪	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用が必要な状態
<input checked="" type="checkbox"/> 医師禁忌	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など、医学的判断から利用が必要な状態

4 主治医への確認内容等(該当項目にチェックし、1・3の場合は内容を記入)

1 主治医意見書により確認 (意見書作成日: 年 月 日)

医療機関		医師	
疾病			
確認内容(身体状況等による該当品目が必要であることを確認)	医師からは、単に「福祉用具が必要」、「あつた方がよい」ではなく、「 どういった医学的見地から、なぜその福祉用具の使用が必要なのか 」について聞き取り記入してください。		

2 診断書による確認(診断書を添付)

3 主治医意見聴取により確認

医療機関	〇〇〇クリニック	医師	日暮里 一郎
確認方法	<input checked="" type="checkbox"/> 面接	電話	その他()
確認日	R5.3.30		
疾病	気管支喘息		
確認内容(身体状況等による該当品目が必要であることを確認した内容を具体的に記入)	重度の喘息発作時に呼吸苦の重篤化を回避するため、状態を速やかに一定の角度に起こす必要がある。		

5 居宅介護支援事業所又は介護予防事業所

事業所名	〇〇〇ケアプランセンター		
担当ケアマネジャー	町屋 花子	連絡先	03-XXXX-XXXX

事務処理欄

受付日		区から後日確認結果についての電話連絡を受けた場合には、提出者がこちらに結果を記入してください。	<input type="checkbox"/> 郵送
確認結果	可 ・ 否		
承認期間	~	確認者	
結果連絡	済 ・ 未 (年 月 日 連絡済)		