

高萩市長 様

事業所所在地

事業所名

事業所代表者名

印

(担当ケアマネジャー名

)

軽度者に係る福祉用具貸与費の例外給付の確認依頼書兼確認通知書

下記により、福祉用具貸与費の例外給付について確認をお願いします。

該当する□にレ点を記入

|   |                              |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|------------------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 | 被保険者                         | (氏名)  | 被保険者番号  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                              | (要介護度) <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1                                    |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 確認を必要とする福祉用具及び当該福祉用具を必要とする理由 | <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品  | <input type="checkbox"/> 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によって、頻繁に日常的に起き上がりが困難な者又は日常的に寝返りが困難な者の状態像に該当する。<br><input type="checkbox"/> II 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに日常的に起き上がりが困難な者又は日常的に寝返りが困難な者の状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる。<br><input type="checkbox"/> 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日常的に起き上がりが困難な者又は日常的に寝返りが困難な者の状態像に該当すると判断できる。   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                              | <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具  | <input type="checkbox"/> 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によって、頻繁に日常的に寝返りが困難な者の状態像に該当する。<br><input type="checkbox"/> II 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに日常的に寝返りが困難な者の状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる。<br><input type="checkbox"/> 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日常的に寝返りが困難な者の状態像に該当すると判断できる。   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                              | <input type="checkbox"/> 体位変換器  | <input type="checkbox"/> 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によって、頻繁に日常的に寝返りが困難な者の状態像に該当する。<br><input type="checkbox"/> II 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに日常的に寝返りが困難な者の状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる。<br><input type="checkbox"/> 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日常的に寝返りが困難な者の状態像に該当すると判断できる。   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                              | <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器  | <input type="checkbox"/> 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によって、頻繁に意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動において全介助を必要としない状態像に該当する。<br><input type="checkbox"/> II 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動において全介助を必要としない状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる。<br><input type="checkbox"/> 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意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動において全介助を必要としない状態像に該当すると判断できる。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 2の福祉用具を必要とする理由を確認した書類        |   | <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 医師から所見を聴取  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 添付書類                         | <input type="checkbox"/> 居宅(介護予防)サービス計画書<br><input type="checkbox"/> 医師の意見(医学的な所見)が確認できる書類<br><input type="checkbox"/> サービス担当者会議の記録 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

平成 年 月 日

上記内容につき、添付書類により例外給付の要件(確認不可の種目は除く)を確認しました。

高萩市長

|         |                     |
|---------|---------------------|
| 確認の有効期間 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 |
|---------|---------------------|

※下記のとおり確認不可の種目は除きます。

|                 |
|-----------------|
| (確認不可の種目及びその理由) |
|-----------------|