

**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）**

（提出先） 長寿介護課長

医師の医学的所見に基づき、下記利用者の居宅介護（介護予防）サービス計画に指定（介護予防）福祉用具貸与を位置付けることについて、以下のとおり確認をお願いします。

年 月 日

取扱区分 (新規・継続)	居宅介護(介護予防)支援事業者名
	事業所所在地 〒
	担当者名 電話番号

被保険者番号		被保険者氏名	
住所	〒		
生年月日	年 月 日 ( ) 歳	電話	
要介護度等	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1		
認定有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日		

【必要な福祉用具の種類】 ※必要な貸与品目をチェックすること。

<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 移動用リフト
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置
<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	

【サービス利用】

利用開始日	年 月 日から利用(予定)
-------	---------------

【医師の医学的所見／サービス担当者会議の開催状況等】

医師の医学的所見	医療機関名	
	主治医名	
	記入日	年 月 日
	【例外的貸与基準の該当性】	※該当するものにチェックをお願いします。
	<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帯によって、頻繁に95号告示第25号のイに該当する者	
	<input type="checkbox"/> (ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに95号告示第25号のイに該当することが確実に見込まれる者	
<input type="checkbox"/> (iii) 疾病その他の要因により、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95号告示第25号のイに該当すると判断できる者		
【原因となる疾病等】		
【当該利用者の具体的状態像及び福祉用具貸与の必要性】		
	( ケアマネジャーが聴取した場合 聴取日 聴取者 聴取方法 )	

家族の介護・支援 状況		
サービス担当者 会議の意見	<b>【サービス担当者会議開催日】</b> 年 月 日	
	<b>【ケアプラン作成担当者】</b> 氏 名 ( ) 所属事業所名 ( ) (注)ケアプラン作成担当者は、要支援者でケアプランの原案作成を委託している場合は、委託先のケアマネジャーについて記載すること。	
	<b>【サービス担当者会議出席者】</b> <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 福祉用具相談員 <input type="checkbox"/> 家族、同居人 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成担当者 <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> サービス提供事業者 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	<b>【サービス担当者(ケアプラン作成担当者)の意見の要約】</b>          	
<市記入欄>	受付印	確認日 年 月 日  地域包括支援センター確認欄(要支援者のみ)

**【新規申請必要書類】**

(介護)確認依頼書、居宅サービス計画書(1)(2)、福祉用具サービス計画書、サービス担当者会議の要点

(予防)確認依頼書、介護予防サービス・支援計画表、福祉用具サービス計画書、サービス担当者会議の要点

**【継続申請必要書類】**

(介護)新規申請必要書類＋モニタリング表(直近のもの)

(予防)新規申請必要書類＋介護予防支援・サービス評価表又は居宅介護支援経過(直近のもの)

※ 1 この確認依頼書は、認定の更新又は要支援・要介護状態区分の変更があった場合、再度、必要書類を作成し、提出すること。

2 この確認依頼書等は、市町村長に提出するとともに、確認通知書とともに、居宅介護(介護予防)支援事業所において保管しておくこと。

「R04.11改定版」