軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する確認申請書

申請日　　　　年　　　月　　　日

肝付町長　殿

　軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関して、次の被保険者が下記ⅰ)～ⅲ)の状態像に該当することが医師の意見(医学的所見)に基づき判断され、サービス担当者会議等を経た適切なケアマネジメントの結果を踏まえていることについて下記のとおり確認を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 居宅介護事業所名  介護予防支援事業所名 |  |
| 担当者氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | フリガナ |  | 保険者番号 |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 氏名 |  | 被保険者番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | 性別 | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　　− | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | □要支援１　□要支援２　□要介護１　□要介護２　□要介護３　□認定申請中 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年　　　月　　　日　　～　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉用具貸与対象品目 |  |
| 該当要件の確認 | □ⅰ)状態の変化　　　　□ⅱ)急性増悪　　　　□ⅲ)医師禁忌 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医師からの所見 | 確認日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 確認方法 | □主治医意見書　　　□診断書　　□主治医意見聴取 | | |
| 所属医療機関名 |  | 医師名 |  |
| 原因となる疾病等 |  | | |
| 具体的な状態像 |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 福祉用具貸与が特に必要な理由・状況  (ケアマネジメント結果) | サービス担当者会議実施日 | 年　　　月　　　日 |
| 理由・状況等 |  |

**※添付書類**　**①医学的な所見の確認書類　　　②ケアプラン１表・２表(介護予防ケアプラン)**

**③サービス担当者会議の記録**

**【注意事項】**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 町記入欄 | 新規・更新 | 受付年月日　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
|  |  |  |  |

**申請後に状態変化が見られた場合は速やかにモニタリングを行い、計画書の見直しを検討すること。**