様式第1号(第4条関係)

年　　　月　　　日

軽度者の福祉用具貸与に関する確認依頼(情報提供)書

　美咲町長　様

　次の被保険者に対する福祉用具貸与又は介護予防福祉用具貸与について、医師の医学的所見に基づき、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより、対象外種目の貸与が特に必要であると判断したので、確認願い(情報提供し)ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 計画を担当する者 | 事業所名 |  |
| 事業所の所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 計画作成者氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者情報 | 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 | |  |
| 住所 |  | | | |
| 生年月日 | T　・　S　　　年　　月　　日 | | 性別 | 男　　・　　女 |
| 要介護度 | 要支援　　　　・　要介護　　　　・　申請中(申請日　　　　　　　　) | | | |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 貸与が必要な福祉用具 | □　車いす及び車いす付属品　　　　　□　認知症老人徘徊感知器  □　特殊寝台及び特殊寝台付属品　　　□　移動用リフト(床走行式・固定式)  □　床ずれ防止用具　　　　　　　　　□　移動用リフト(昇降座椅子)  □　体位変換器　　　　　　　　　　　□　移動用リフト(段差解消機・階段移動用)  □　自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く) | | | | |
| 使用頻度 | □　毎日　　　□　外出時(週　　回)　□　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | |
| 貸与開始  (予定)日 | 年　　　月　　　日　～　利用予定　・　利用開始 | | | | |
| 福祉用具貸与事業所 |  | | | 事業所番号 |  |
| 例外給付等該当事由 | □　ア　基本調査により該当する者  □ イ　上記（ア）のうち基本調査に確認項目がない者（基本調査のア－二,オ－三） | | | | |
| ウ | □　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、頻繁に第95号告示第25号(要支援者については告示第95号告示第79号により準用)のイに該当する者 | | |
| □　ii) | 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号(要支援者については告示第95号告示第79号により準用)のイに該当することが確実に見込まれる者 | | |
| □　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第95号告示第25号(要支援者については告示第95号告示第79号により準用)のイに該当すると判断できる者 | | |
| ＊疾患名、状態、福祉用具を利用することで何が出来るようになるか等簡潔に記入 | | | | |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 添付書類 | □　居宅サービス計画書(第1～3表)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要点の写し(介護予防支援の場合は、介護予防支援経過記録の写しで可)  □　医師の医学的な所見のわかるものの写し(疾患名、福祉用具が必要な症状等が記入されていること)※  　※例外給付等該当事由（ア）に該当の場合は不要  サービス担当者会議の要点等に詳細な記載のある場合には省略可 |