

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（依頼）

年 月 日

（あて先）千葉市 区長

福祉用具貸与について、下記のとおり医師の医学的な所見に基づいた、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、（介護予防）福祉用具貸与が特に必要であると判断しましたので、確認を依頼します。

1 対象者

- （1）被保険者氏名 _____
- （2）被保険者番号 _____
- （3）要介護度 要介護1 要支援1 要支援2

2 貸与品目等

- （1）貸与品目種別 _____
- （2）貸与開始年月日 _____ 年 月 日から
- （3）福祉用具貸与事業者 _____
（事業者番号）（ _____ ）

3 医師の医学的所見による判断について

- （1）病 名： _____
- （2）該当する状態
 - 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号のイに該当するに至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号のイに該当すると判断できる者
- （3）福祉用具が必要な理由

()

(4) 意見を求めた担当医

氏 名 _____
医療機関名 _____
連絡先 _____

(5) 判断の基礎とした資料

- 軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見について
担当医からの聴取

4 サービス担当者会議の出席者について

開催日 _____年 _____月 _____日

氏名	所属	肩書(例:福祉用具専門相談員等)

※やむを得ず照会で代替したケースについては、照会した相手方の氏名・所属・肩書を記入してください。

【留意事項】

- ※ 「3 医師の医学的な所見による判断について」の欄には、あくまでも、主治医意見書又は診断書に記載された所見、若しくは担当の介護支援専門員が担当医から聴取した所見をもとに判断した内容を記載してください。

事業所名			
事業所番号		担当者	印
連絡先	住所 :		
	TEL :		