

## 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る確認依頼申請書

那珂川町長 様

居宅介護(介護予防)  
支援事業所名

所在地

担当者名

連絡先

印

— —

下記により、福祉用具貸与の例外給付につき確認依頼申請書を提出します。

## 1、被保険者情報

被保険者番号										被保険者氏名	
住所											
要介護度	要支援 1			要支援 2			要介護 1				
認定有効期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日		
認定調査実施日	令和	年	月	日							

## 2、貸与を必要と判断した福祉用具

福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 体位変換機
	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知器	<input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く)
利用開始(予定)日	令和 年 月 日 ～	
(介護予防)福祉用具貸与事業者	事業者名	
	所在地	連絡先
		— —

## 3、医師の意見(医学的な所見)

医療機関名		医師名	
確認方法	主治医意見書	医師の診断書	医師に聴取した所見の記録
確認年月日	令和 年 月 日		
状態要件	<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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者		
	<input type="checkbox"/> II 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者		
	<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危篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者		
疾病等			
心身の状態像			

## 4、福祉用具貸与を必要と判断した理由(ケアマネジメント結果)

サービス担当者会議開催日	令和 年 月 日
--------------	----------

## ○町記載欄

確認者	健康福祉課高齢福祉係	結果	給付可 ・ 給付不可
-----	------------	----	------------