

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

被保険者氏名		被保険者番号												
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女											
住 所	大槌町													
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 認定（新規・区分変更）申請中													
	<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 （自動排泄処理装置）													
福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置													
利用開始予定年月日	平成 年 月 日													
貸与の必要性を判断した基準 （利用者の状態像）	<input type="checkbox"/> 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、頻繁に福祉用具が必要な状態に該当する者 （例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象等）													
	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、短期間のうちに福祉用具が必要な状態に該当することが確実に見込まれる者 （例：がん末期の急速な状態悪化等）													
	<input type="checkbox"/> 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、医学的判断から福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者 （例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避）													
医師の医学的所見の確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 照会文書等 <input type="checkbox"/> 担当介護支援専門員が医師から聴取した所見の記録													
<p>大槌町保健福祉課長 様</p> <p>医師の医学的な所見と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をおこなった結果、福祉用具の貸与が特に必要であると判断したので確認を依頼します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">事業所名 _____</p> <p style="text-align: right;">事業所番号 _____</p> <p style="text-align: right;">サービス計画作成者名 _____ 印</p> <p style="text-align: right;">※提出の際には事業所印もしくは計画作成者の印を押印してください</p> <p style="text-align: right;">連絡先（ ） -</p>														