

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認申請書

1. 次の被保険者に対して、医師の意見（医学的な所見）に基づき状態像が判断され、（介護予防）福祉用具貸与が必要と判断しましたので、確認を依頼します。

○貸与を予定している被保険者及び必要と判断した福祉用具

被保険者氏名		被保険者番号	
住 所	〒 -		
要介護度（該当に○）	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（申請日 年 月 日）		
認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
福祉用具の種類 （該当に○）	ア車いす及び車いす付属品 ウ床ずれ防止用具及び体位変換器 オ移動用リフト（つり具の部分を除く）	イ特殊寝台及び特殊寝台付属品 エ認知症老人徘徊感知機器 カ自動排泄処理装置	事前の提出が必要となります。
利用（貸与）開始日	令和 年 月 日～		
（介護予防）福祉用具 貸与事業所	事業所名		
	事業所番号		連絡先 Tel - -

2. 医学的所見について（*該当する状態像にチェックし、原因疾病の記入をお願いします。）

- (i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日による等告示三十一号のイに該当する者（原因疾病
- (ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、該当することが確実に見込まれる者（原因疾病
- (iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は利用者等告示三十一号のイに該当すると判断できる者

医療機関名		連絡先	
担当医師名		所見確認日	

添付書類のサービス担当者会議の記録の中に、医師の医学的所見を記載していただきますが、その中で書ききれなかった事項があった場合、ここに記入してください。医学的所見について、添付書類で確認できる場合または主治医意見書特記欄にて確認できる場合は、「添付書類〇〇〇のとおり」「主治医意見書のとおり」と記載してください。

〔所見を確認した書類等〕 *該当する書類等にチェック

- 主治医意見書 医師の診療情報提供書 医師から聴取

3. 特に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（ 年 月 日）	
----------------------	--

医学的所見については該当する状態像にチェックしてください。医療機関等については、医師が記載する必要はなく、医師の署名・押印も必要ありません。所見確認日については、主治医意見書の場合はその記入日、情報提供による場合はその日、また包括職員や介護支援専門員が医師から聴取した場合はその聴取した日を記載してください。

4. 担当居宅介護（介護予防）支援事業所【確認結果通知先】

事業所名		担当者名	
住 所			
連絡先	Tel - -	(FAX - -	

- 【添付書類】（要支援の場合）サービス担当者会議の要点（介護予防支援経過記録）
（要介護の場合）サービス担当者会議の要点（第4表）

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認申請書

1. 次の被保険者に対して、医師の意見（医学的な所見）に基づき状態像が判断され、（介護予防）福祉用具貸与が必要と判断しましたので、確認を依頼します。

○貸与を予定している被保険者及び必要と判断した福祉用具

被保険者氏名		被保険者番号	
住 所	〒 -		
要介護度（該当に○）	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（申請日 年 月 日）		
認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
福祉用具の種類 （該当に○）	ア車いす及び車いす付属品 ウ床ずれ防止用具及び体位変換器 オ移動用リフト（つり具の部分を除く）	イ特殊寝台及び特殊寝台付属品 エ認知症老人徘徊感知機器 カ自動排泄処理装置	
利用（貸与）開始日	令和 年 月 日～		
（介護予防）福祉用具 貸与事業所	事業所名		
	事業所番号	連絡先	TEL - -

2. 医学的所見について（*該当する状態像にチェックし、原因疾病の記入をお願いします。）

- (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、頻繁に利用者等告示三十一号のイに該当する者（原因疾病 ）
- (ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示三十一号のイに該当することが確実に見込まれる者（原因疾病 ）
- (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見地から利用者等告示三十一号のイに該当すると判断できる者（原因疾病 ）

医療機関名		連絡先	TEL - -
担当医師名		所見確認日	令和 年 月 日

〔所見を確認した書類等〕 *該当する書類等にチェック

- 主治医意見書 医師の診療情報提供書 医師から聴取

3. 特に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（ 年 月 日）

4. 担当居宅介護（介護予防）支援事業所【確認結果通知先】

事業所名		担当者名	
住 所	〒		
連絡先	TEL - -	(FAX - -)	

受付印

- 【添付書類】（要支援の場合）サービス担当者会議の要点（介護予防支援経過記録）
（要介護の場合）サービス担当者会議の要点（第4表）