様式第1号(第3条関係)

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する確認依頼書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | | | | | 被保険者番号 | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |
| 性別 | 男・女 | | | | | 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　―  　大熊町大字 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 避難先 | 〒　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | □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 | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年　　　　月　　　　日～　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具の種類 | | □　車椅子　　　　　　　　□　車椅子附属品　　　　□　特殊寝台  　□　特殊寝台付属品　　　　□　床ずれ防止用具　　　□　体位変換器  　□　認知症老人徘徊感知器　□　移動用リフト　　　　□　自動排泄処理装置 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用開始予定年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由  (利用者の状態像) | | □ | | 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第31号のイに該当する者  (例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | 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第31号のイ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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | 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、医学的判断から利用者等告示第31号のイ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等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医学的所見の確認方法 | | □　主治医意見書　　　　　　□　医師の診断書　　　　　□　照会文書等  　□　面談、電話等による聴取 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | □　医師の医学的所見が確認できる書類  　□　サービス担当者会議の要点又は会議の議事録の写し  　□　居宅サービス計画書又は介護予防サービス計画書の写し  ※主治医がサービス担当者会議に出席し、サービス担当者会議の要点又は会議の議事録に主治医の医学的所見が明記されている場合は「医師の医学的所見が確認できる書類」は省略できます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 大熊町長  　　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行った結果、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。  　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 支援事業所名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 事業所番号 | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| サービス計画作成者名　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※提出の際には事業所印又は計画作成者の印を押印してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先　　　　　(　　　　　　)　　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

保険者記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 課長　　　　　課長補佐　　　係長　　　　　　　担当 | 審査結果 |
|  | □貸与可　　□貸与不可 |