

七戸町長 様

| | |
|----------------------|-----------|
| 事業所名及び管理者名 事業所の住所 | 事業所番号: |
| 連絡先 | TEL: FAX: |
| 担当者名 | |

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

下記の①～③について担当の居宅介護(介護予防)支援事業所より説明を受け、同意しました。

- ①居宅介護(介護予防)支援事業所が、私の福祉用具貸与の例外給付に関する確認依頼申請を下記の通りおこなうこと
- ②確認結果通知を当該居宅介護(介護予防)支援事業所あてに送付すること
- ③この申請にかかる確認のために必要があるときは、私の要介護度や心身の状態及び疾病等必要な事項について、七戸町が調査すること

| | |
|-------|----|
| 本人同意欄 | 氏名 |
|-------|----|

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、かつサービス担当者会議の開催等を通じた適切なケアマネジメントを行ったところ、(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。

1. 貸与を予定している被保険者

| | | |
|----------------|---|---------|
| 被保険者氏名 | 被保険者番号 | 0 0 0 0 |
| 住所 | 七戸町字 | |
| 要介護度 【該当に○】 | 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 認定申請中 (申請日 令和 年 月 日) | |
| 認定有効期間 | 令和 年 月 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 【該当に○】 | ア. 車椅子 イ. 車椅子付属品 ウ. 特殊寝台 エ. 特殊寝台付属品 オ. 床ずれ防止用具 カ. 体位変換機 キ. 認知症老人徘徊感知器 ク. 移動用リフト | | |
| 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 | | |
| | 事業者番号 | 連絡先 | |

3. 医学的所見(医学的所見の確認書類に基づき、該当する状態像に☑)

- (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23号告示第19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23号告示第19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23号告示第19号のイに該当すると判断できる者

| | | |
|----------------|--|----------|
| 医療機関名 | 連絡先 | TEL () |
| 担当医師名 | 所見確認日 | 令和 年 月 日 |
| 確認方法 【該当に○】 | <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書等 <input type="checkbox"/> 担当介護支援専門員(職員)の医師からの聴き取りによる確認 | |
| 当該福祉用具が特に必要な理由 | | |

4. 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) |
|----------------------|

七戸町受付印欄※

※提出書類:①確認依頼申請書(様式1) ②医学的な所見の確認書類(写) ③サービス担当者会議の記録(写) ④ケアプラン1表2表(介護予防ケアプラン(1)、(2))(写)

| | | | | |
|--------|------|-----|----|---------|
| 七戸町記載欄 | 確認番号 | R - | 結果 | 確認 ・ 返却 |
|--------|------|-----|----|---------|