

(様式1)

年 月 日

喜界町役場保健福祉課長 宛

申請事業所  
代表者  
住所  
連絡先  
担当者名

### 軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付の確認について(確認依頼書)

次の被保険者に対して、福祉用具の例外給付が必要な状態であることについて関係書類を添付しますので確認を依頼します。

#### 1. 被保険者情報

本人氏名 :	被保険者番号 :
住 所 : 大島郡喜界町大字	
要介護度 :	(有効期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日)
※ 申請中の場合	認定予定日 : 年 月 日 一次判定 :

#### 2. 必要とする福祉用具

- 車椅子(車椅子付属品)       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機器       移動用リフト(つり具部分を除く)  
 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く)

#### 3. 該当する被保険者の状態像・状況

疾病その他の原因により、 <input type="checkbox"/> i) 状態像が変動し易く、日によってまたは時間によって、頻繁に第95号告示第25号のイに該当する者 <input type="checkbox"/> ii) 状態像が急速に悪化し、短期間のうちに頻繁に第95号告示第25号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者 <input type="checkbox"/> iii) 身体への重大な危険性又は症状の重篤化回避等医学的判断から第95号告示第25号のイに該当すると判断できる者		
--	--	--

#### 4. 主治医から得た情報(いずれも概ね直近1ヶ月以内に作成されたもの)

- 主治医意見書(認定調査)       診断書       主治医所見聴取記録(ケアプラン連絡表)

#### 5. その他特記事項

--

#### 【保険者記入欄】

※必要書類確認     ケアプラン     主治医から得た情報

喜界町受付印

決裁	課長	担当係長	係	サービス担当者会議	基本調査票確認 該当・非該当
				年 月 日( ) 係出席	
所見				要・不要	