（様式１）

令和　　　　年　　　月　　　日

喜界町役場保健福祉課長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者

**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、医師の意見（医学的な所見）に基づき判断し、サービス担当者会議などを通した適切なマネジメントを行ったところ（介護予防）福祉用具貸与が特に必要だと判断しましたので、確認を依頼します。

**１対象者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名： | | 被保険者番号：52900 | |
| 生年月日：　大正　・　昭和　　　　　　年　　　　月　　　日　（満　　　　　歳） | | | |
| 住所：大島郡喜界町大字 | | | |
| 要介護度：□要介護１　□要支援２　□要支援１　□その他（要介護　　　）  （有効期間：令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日） | | | |
| ※申請中の場合 | 認定予定日：令和　　年　　月　　日 | | 一次判定： |

**２貸与を予定している福祉用具**

（貸与予定事業所：　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（貸与開始予定年月日：令和　　　年　　　月　　　日　）

□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基本調査項目の該当**

〈貸与を予定している福祉用具について〉

例外給付の対象となる状態像の基準表に、対象者の直近の認定調査項目が

　□該当している　　　□該当していない　　□　判断できる項目がない

※該当している場合、4は必要なし。5から記入すること。

**４医師の判断について（医学的な所見）**

　１）病名：

　２）該当する状態

　□　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

□　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

□　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

３）意見を求めた担当医

　医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：

　４）判断の基礎とした資料

　　□ケアプラン連絡表　　　□担当医からの聴取　　　□その他（　　　　　　　　）

**５サービス担当者介護出席者について**

開催日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 所属 | 肩書（例：福祉用具専門相談員等） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**６添付書類**（該当するものにチェックを入れてください）

|  |  |
| --- | --- |
| 医師の医学的な所見を示す資料 | □主治医意見書（認定調査）  □診断書  □主治医所見聴取記録（ケアプラン連絡票） |
| 担当者会議等の計画に関する資料 | □居宅サービス計画書**※**  □サービス担当者会議の要点または介護予防支援経過記録**※** |

**※**はいずれも必須。「医師の医学的な所見を示す資料」はいずれかを添付。