

年 月 日

(宛先) 松阪市長

事業所名
事業所所在地
管理者名

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認について（確認依頼申請書）

次の被保険者に対して、医師の意見（医学的所見）に基づき下記 i）～iii）の状態像に該当することが判断され、かつ、サービス担当者会議の開催を経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。

被保険者	被保険者氏名		被保険者番号											
	要介護状態区分	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							

※要介護2又は要介護3を選択することは、自動排泄処理装置（尿のみを自動吸引するものを除く。）の例外給付を申請する場合に限ります。

居宅介護（介護予防）支援事業者名			
計画作成者氏名		連絡先	

医師による医学的所見	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） 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） 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）										
	医療機関名											
	担当医師名		所見確認日	年 月 日								
	医学的所見の確認方法	主治医意見書 ・ 医師の診断書 ・ 医師から所見を聴取										
貸与が必要と判断した福祉用具	種類	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 自動排泄処理装置（尿のみを自動吸引するものを除く。）										
	福祉用具貸与事業所名											
	利用開始日（予定）	年 月 日										
サービス担当者会議開催日	年 月 日											

※添付書類：①医学的な所見の確認書類 ②居宅サービス計画書(1)(2) ③サービス担当者会議の要点
④居宅介護支援経過 ⑤フェイスシート及びアセスメントシート

決裁番号	松介第	結果	確認 ・ 返却	
------	-----	----	---------	--

(松阪市記載欄)