

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る確認書

受付印	担当	係長	課長

次の被保険者に対して、医師の医学的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等を通じた適切なケアマネジメントをおこなったところ、(介護予防)福祉用具貸与が必要であると判断しましたので、確認書を提出します。

被保険者	氏 名		被保険者番号																	
	生 年 月 日	M.T.S 年 月 日																		
	要 介 護 度	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・申請中(申請日:平成 年 月 日)																		
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日																		

居宅介護(介護予防)支援事業者名			
計 画 作 成 担 当 者		電 話 番 号	
貸 与 開 始 (予 定) 日	年 月 日		

・医師の医学的な所見等

確認を必要とする福祉用具及び該当する状態像	☐ 車いす及び車いす付属品	☐ 日常的に歩行が困難な者
	☐ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	☐ 日常的に起き上がりが困難な者
	☐ 床ずれ防止用具	☐ 日常的に寝返りが困難な者
	☐ 体位変換器	☐ 日常的に寝返りが困難な者
	☐ 認知症老人徘徊感知器	☐ 意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動において全介助を必要としない者
	☐ 移動用リフト(つり具の部分を除く)	☐ 日常的に立ち上がりが困難な者
	☐ 自動排泄処理装置	☐ 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者
利用者の状態像	☐ 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95号告示第25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) 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95号告示第25号のイに該当すると判断できる者	
上記の福祉用具を必要とする理由を確認した方法及び確認した日	☐ 主治医意見書 (意見書の記入日: 年 月 日) ☐ 医師の診断書 (診断書の記入日: 年 月 日) ☐ 担当の介護支援専門員(職員)の医師からの聴き取りによる確認 (確認日: 年 月 日)	
医 療 機 関 名		医 師 名
当該福祉用具が特に必要な理由 (医師の医学的な所見)	疾病等	
	心身の状況等	

※「医療機関名」「医師名」「当該福祉用具が特に必要な理由」の欄は、主治医意見書、医師の診断書または居宅(介護予防)サービス計画から転記すること。

添付書類	☐ 居宅サービス計画書(第1～3表)(写)又は介護予防サービス・支援計画書(写)
	☐ サービス担当者会議の要点(写)又は介護予防支援経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)(写)
	☐ 医師の医学的な所見の確認書類(写)(疾患名、福祉用具が必要な症状等が記入されていること)※

※サービス担当者会議の要点等に詳細な記載のある場合には、医師の所見を把握できる書類の省略可

注)判断箇所が分かるよう、添付書類の該当箇所にマーカー等で印をつけた上で提出すること。