

武蔵村山市長 殿

名 称 _____
 事業所の所在地 _____
 連絡先 _____
 担当介護支援専門員氏名 _____ (印)

軽度者福祉用具貸与費・介護予防福祉用具貸与費例外給付確認依頼書

次の被保険者について、福祉用具貸与・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 福祉用具の貸与を予定している被保険者

フリガナ			男	生 年	明・大・昭		
氏 名			・女	月 日	年	月	日 歳
住 所	電話番号		被保険者	番 号			
介 護 度	認定有効期間		年 月 日～ 年 月 日				
貸与する福祉用具			貸与開始	年 月 日			

2 医学的な所見（該当する状態像の該当欄にチェック）

該当欄	被 保 険 者 の 状 態 像
<input type="checkbox"/>	(1) 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（パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象等）
<input type="checkbox"/>	(2) 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（がん末期の急速な状態悪化等）
<input type="checkbox"/>	(3) 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（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）

3 福祉用具の貸与を必要と判断した根拠

医師意見等	医師名		医療機関名	
	疾病名		意見聴取日等	年 月 日 □訪問 □電話 □その他（ ）
	意見（医学的な所見）			
サービス担当者会議	開催日	年 月 日	開催場所	
	出席者（職種・所属等）の意見等			