

# 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付にかかる確認書

令和 年 月 日

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 様

居宅介護・介護予防支援事業所名

担当者名 ( )

(連絡先)

下記の被保険者について、福祉用具貸与の例外給付が必要と思われるので、ご確認ください。

フリガナ											被保険者番号										
被保険者氏名																					
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	保険者番号														
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日						要介護度	要支援( )・要介護( )													
福祉用具対象種目	ア 車いす及び車いす付属品				イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品				貸与開始 予定日	令和 年 月 日 (※確認依頼日以後の年月日を記載)											
	ウ 床ずれ防止用具及び体位変換機				エ 認知症老人徘徊感知機器																
	オ 移動用リフト				カ 自動排泄処理装置																
医学的所見に基づく状態及び医学的所見の確認方法	疾病その他の原因により	<input type="checkbox"/> i) 状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に福祉用具が必要な状態に該当する																			
		<input type="checkbox"/> ii) 状態が急速に悪化し、短期間のうちに福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる																			
		<input type="checkbox"/> iii) 身体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福祉用具が必要な状態に該当する																			
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書						<input type="checkbox"/> 医師の診断書						<input type="checkbox"/> その他 ( )								
	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員による聴取						<input type="checkbox"/> サービス担当者会議に出席														
添付書類	① 主治医意見書又は医師の診断書又はその他医師の医学的な所見が確認できるもの(写し) ② サービス担当者会議の要点【第4表】 ※①②両方を添付してください。 ※サービス担当者会議の記録に医師の医学的な所見による判断が明記されている場合は、主治医意見書又は診断書の添付を省略できます。必ず「医療機関名」「医師名」「確認日」を記載してください。																				

(留意事項)

※確認書提出後も、少なくとも6か月に1度はサービス担当者会議の場で福祉用具貸与の必要性について検討してください。

※福祉用具対象種目の追加が必要になった場合は、再度確認書を提出してください。

※要介護認定の更新又は区分変更後も例外給付対象となる場合は、再度確認書を提出してください。

## 《被保険者(又は代理人)記載欄》

この届出に係る確認のため、上記添付書類を新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合に対し提示することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 印 被保険者との続柄 ( )

居宅介護・介護予防支援事業所 御中

(確認印)

上記内容を確認しました。

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合