

軽度者に対する福祉用具の例外給付確認依頼書

年 月 日

玉村町長 様

申請者 事業所名： _____

住 所： _____

担当者名： _____

下記の者について、②表 i ~ iii のいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じたケアマネジメントにより当該福祉用具貸与が特に必要であると判断しました。

① 被保険者情報

フリガナ		被保険者番号	
氏名		生年月日	
住所	〒		
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	要介護度	
貸与する福祉用具		貸与開始日	年 月 日 ~

② 福祉用具貸与が必要な理由

該当箇所に○	例外給付の対象とすべき事案区分
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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当するもの(リウマチ・パーキンソン等)
ii	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者(末期がん等)
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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者(慢性気管支炎等)

③ 提出書類

<input type="checkbox"/>	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により福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されていることを確認できるもの <input type="checkbox"/> ケアプラン
<input type="checkbox"/>	医師の医学的な所見に基づき判断されていることが確認できるもの <input type="checkbox"/> サービス担当者会議に主治医が参加している場合 ⇒ ケアプラン <input type="checkbox"/> サービス担当者会議に主治医が参加していない場合 ⇒ 下記のいずれか ○主治医意見書 ○医師の診断書 ○軽度者に対する介護保険福祉用具貸与にかかる医学的所見について
<input type="checkbox"/>	本人状態を確認できるもの <input type="checkbox"/> アセスメント

保険者 回答欄	上記の理由に基づき、介護保険における福祉用具貸与の例外給付を 〔 必要 ・ 不必要 〕と確認しました。 玉村町 健康福祉課 介護保険係	
------------	---	--

※保険者確認後、原本は返送しますので保管をお願いします。