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（依頼）

令和　　年　　月　　日

柏市長　太田　和美　あて

　福祉用具貸与について，下記のとおり医師の医学的な所見に基づいた，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，(介護予防)福祉用具貸与が特に必要であると判断しましたので，確認を依頼します。

１　対象者

　（１）被保険者氏名

　（２）被保険者番号

　（３）要介護度　　　　□要支援１　□要支援２　□要介護１

　　　　　　　　　　（有効期間　　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日）

２　貸与品目等

　（１）貸与品目種別

　（２）貸与開始年月日　　令和　　年　　月　　日～

　（３）福祉用具貸与事業者

(事業者番号)

３　医師の医学的所見による判断について

　（１）病名

　（２）該当する状態

□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，頻繁に厚生労働大臣が定める者等（平成２４年３月１３日厚生労働省告示第９５号第二十五号のイ）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，短時間のうちに厚生労働大臣が定める者等（平成２４年３月１３日厚生労働省告示第９５号第二十五号のイ）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厚生労働大臣が定める者等（平成２４年３月１３日厚生労働省告示第９５号第二十五号のイ）に該当すると判断できる者

　（３）福祉用具が必要な理由

（４）意見を求めた担当医（主治医意見書を参照とした場合には，主治医意見書を記載した医師）

氏　　　名

医療機関名

連　絡　先

（５）判断の基準とした資料

□　主治医意見書　　　　□　診断書　　　　□　担当医からの聴取

４　サービス担当者会議の出席者について

開催日　令和　　年　　月　　日（　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 所属事業所名 | 資格等（例：福祉用具専門相談員） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※やむを得ず照会で代替したケースについては，照会した相手方の氏名・所属・資格等を記入

※添付書類；

ケアプラン原案・サービス担当者会議録・医師の診断書等医師の医学的所見（写し）

【留意事項】

※「３　医師の医学的な所見による判断について」の欄には，あくまでも主治医意見書又は，診断書に記載された所見，若しくは担当の介護支援専門員が担当医から聴取した所見を元に判断した内容を記載してください。

依頼者

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  | 担当者名 | 　　　　　　　　　 |
| 連　絡　先 | 　〒住所：電話： |

　　（令和６年９月改正）