

久慈広域連合長 様

事業所名： _____

軽度者の福祉用具貸与例外給付確認依頼書

下記の利用者に対して、医師の意見（医学的な所見）に基づき、サービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメントを行ったところ、（介護予防）福祉用具貸与が特に必要と判断しましたので、このことについて確認をお願いします。

1 貸与予定の被保険者

被 保 険 者 名		被 保 険 者 番 号	
被 保 険 者 住 所		要 介 護 度	

2 貸与予定の福祉用具

福 祉 用 具 の 種 目	
貸 与 開 始 年 月 日	

3 医学的な所見（該当する状態に☑）

- (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
- (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見地から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当するものと判断できる者

4 添付書類

- (1) 医師の意見（医学的な所見）を確認できる書類
- (2) サービス担当者会議の要点

居宅介護（介護予防）支援 事業所担当者	
電 話 番 号	