

軽度者に対する対象外種目の福祉用具貸与確認依頼書

年 月 日

(宛先) 綾瀬市長

事業所名
事業所番号
担当者氏名

医師の医学的な所見と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基づき、次のとおり福祉用具貸与が特に必要であると判断したので、軽度者に対する対象外種目の福祉用具貸与について確認を依頼します。

被保険者氏名		被保険者番号	
被保険者住所	〒 (連絡先)		
要介護状態区分等	☐ 要支援 1 ☐ 要支援 2 ☐ 要介護 1 ☐ 要介護 2 ☐ 要介護 3		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
福祉用具の種類	☐ 車いす ☐ 車いす付属品 ☐ 特殊寝台 ☐ 特殊寝台付属品 ☐ 床ずれ防止用具 ☐ 体位変換器 ☐ 認知症老人徘徊感知機器 ☐ 移動用リフト（つり具の部分を除く。） ☐ 自動排泄処理装置		
貸与開始希望年月日	年 月 日		
貸与をする事業者	事業所名		
	事業所番号		
医師の医学的な所見	☐ 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 (例 パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象)		
	☐ 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 (例 がん末期の急速な状態悪化)		
	☐ 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と判断できる者 (例 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)		
添付書類	☐ 主治医意見書又は医師の診断書（医学的な所見を医師からの聴取により確認した場合は省略可） ☐ 居宅サービス計画（第 2 表）または介護予防サービス・支援計画書 ☐ サービス担当者会議等の要点【第 4 表】又は介護予防支援経過記録 ☐ 軽度者に対する対象外種目の福祉用具貸与確認依頼遅延届出書※ ※確認依頼書の提出が遅れた場合		

居宅介護（介護予防） 支援事業者連絡先	住 所	〒
	電 話	

保険者記入欄					
課長	総括担当者	担当員	担当	起案日	・ ・
				決裁日	・ ・
				処理日	・ ・
要否の区分	☐ 福祉用具貸与を必要と判断する。		☐ 福祉用具貸与を不必要と判断する。		

(伺い) このことについて、上記のとおり判断してよいでしょうか。また、決裁後は別紙（案）のとおり交付してよいでしょうか。