**福祉用具貸与例外給付確認依頼書**

　　　年　　　月　　　日

阿賀町福祉介護課長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　事業所所在地

居宅介護支援事業所名

 　電話番号

担当介護支援専門員

下記のとおり福祉用具貸与が特に必要と判断しましたので、確認を依頼します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年　　月日等 | T ・ S年　　月　　日生（　　　歳・男・女） |
| 利用者名 |  |
| 住所等 | 阿賀町（電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 被保険者番号 |  |
| 介護度 |  | 認定期間 | 　　年　　　月　　　日から　　年　　　月　　　日まで | 確認日 | 　　 年 　　月　 　日 |
| 貸与する福祉用具 |  | 貸与開始日 | 　　　　　 年 　　月 　　日から |

**１．福祉用具貸与が必要な理由**

|  |  |
| --- | --- |
| 該当欄（○印） | 例外給付の対象とすべき事案区分 |
|  | 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、頻繁に福祉用具が必要な状態に該当する者 |
|  | 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 |
|  | 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**等医学的判断から福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者 |

**２．判断方法**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医師意見等 | 医師名 |  | 医療機関名 |  |
| 疾病名 |  | 意見聴取日等 | 　　　　 年　 　月 　　日①訪問　②電話　③その他（　） |
| 意見（医学的所見） |  |
| サービス担当者会議 | 開催日 | 　　　　 年　　　月　　日（ 　　） | 開催場所 |  |
| 出席者（職種・所属等）の意見等 |  |

**福祉用具貸与例外給付確認依頼書**

記　入　例

　　　　　年　　　月　　　日

阿賀町福祉介護課長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　事業所所在地

居宅介護支援事業所名

 　電話番号

担当介護支援専門員

下記のとおり福祉用具貸与が特に必要と判断しましたので、確認を依頼します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年　　月日等 | T ・ S年　　月　　日生（　　　歳・男・女） |
| 利用者名 |  |
| 住所等 | 阿賀町（電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 被保険者番号 |  |
| 介護度 |  | 認定機関 | 　　年　　　月　　　日から　　年　　　月　　　日まで | 確認日 | 　　　　 年 　　月 　　日 |
| 貸与する福祉用具 |  | 貸与開始日 | 　　　　　　　 年　　 月　 　日から |

**１．福祉用具貸与が必要な理由**

|  |  |
| --- | --- |
| 該当欄（○印） | 例外給付の対象とすべき事案区分 |
|  | 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、頻繁に福祉用具が必要な状態に該当する者 |
|  | 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 |
|  | 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**等医学的判断から福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者 |

**２．判断方法**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医師意見等 | 医師名 | 意見等を書類（主治医意見書、診断書、ケアプランの第５表等）で確認した場合は書類を添付してください。その場合は意見欄は「別紙」で可。意見聴取による場合は意見欄に内容を記載のこと。 | 医療機関名 |  |
| 疾病名 |  | 意見聴取日等 | 平成　　年　　月　　日①訪問　②電話　③その他（　） |
| 意見（医学的所見） |  |
| サービス担当者会議 | 開催日 | 　　　　年　　　月　　日（　　）サービス担当者会議の会議録（ケアプランの第４表等）を添付してください。その場合は検討欄は「別紙」で可 | 開催場所 |  |
| 出席者（職種・所属等）の意見等 |  |