

## 軽度者に対する福祉用具貸与（例外給付）確認依頼書

志木市長寿応援課長 様

事業所所在地  
事業所名  
担当介護支援専門員

下記により、福祉用具が必要と判断しましたので、確認を依頼します。

## 1. 福祉用具貸与を予定している被保険者

被保険者名		被保険者番号	
住所	志木市		
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 [      ] <input type="checkbox"/> 要介護 [      ]	認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日

## 2. 必要と判断したサービス

福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く）
利用開始(予定)日	令和 年 月 日

## 3. 被保険者の状態像（医学的所見の確認書類に基づき、該当する状態像にチェック）

該当に✓	状態像
	【i 頻繁な状態変化】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（リウマチ・パーキンソン病等）
	【ii 急性憎悪】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（末期ガン等）
	【iii 重篤化回避】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（慢性気管支炎等）

## 4. 判断方法

医師意見等	医師名		医療機関名	
	疾病名		意見聴取	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他 [                      ]
	意見 (医学的所見等)			
サービス 担当者会議	開催日	年 月 日	開催場所	
	出席者の 意見			

※添付する書類： 要介護の方…居宅サービス計画書（第1・2表）、サービス担当者会議の要点（第4表）、  
医学的所見の確認書類  
要支援の方…介護予防サービス・支援計画書、サービス担当者会議の要点、  
医学的所見の確認書類

保険者 確認欄	上記の理由に基づき、介護保険サービスが「必要・不必要」と認めます。  令和 年 月 日  志木市長寿応援課長（公印省略）
------------	--