

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認依頼書

平成 年 月 日

小国町長 殿

事業所名

管理者名 _____ 印 _____

次の被保険者に対して、医師の意見（医学的な所見）に基づき状態像が判断され、かつサービス担当者会議の開催等を通じた適切なケアマネジメントを行ったところ、以下のとおり福祉用具貸与が必要と判断しましたので、確認を依頼します。

1. 貸与を予定している被保険者

被保険者氏名		被保険者番号															
住 所																	
要 介 護 度	要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 認定申請中																
認定有効期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日																

2. 必要と判断した福祉用具（該当に○）

福祉用具の種類	ア. 車椅子 ・ 車椅子付属品 イ. 特殊寝台 ・ 特殊寝台付属品 ウ. 床ずれ防止用具 ・ 体位変換器 エ. 認知症老人徘徊感知機器 オ. 移動用リフト（つり具の部分を除く）
利用開始（予定）日	平成 年 月 日 ～

3. 妥当性の判断結果

ア. 平成 12 年厚生労働省告示第 19 号イで定める状態像（裏面）に「○」

イ. 医学的所見の確認書類に基づき、該当する状態像に「○」

該当に○	状 態 像
	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、頻繁に第 23 号告示第 19 号のイに該当する者 〈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、短期間のうちに第 23 号告示第 19 号のイに該当するに至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判断から第 23 号告示第 19 号のイ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〉
注）括弧内の状態は、あくまでも i) ～ iii) の状態の者に該当する可能性のあるものを例示したにすぎず、それ以外のものであっても i) ～ iii) の状態にあると判断される場合もある。	

新たに認定結果が出て、上記の例外給付が必要な場合には再度提出してください。

小国町 記入欄	《添付書類》 ☐ 医学的な所見の確認書類（写） ☐ サービス担当者会議の記録（写） ☐ ケアプラン１表２表（予防ケアプラン）案（写）	《確認者 氏名・印》
------------	--	------------

